بیړنۍ طبي درملنې

ډاکتر سید ملیار سادات

Afghanic



ننگرهار طب پوهنځۍ

Pashto PDF
2014

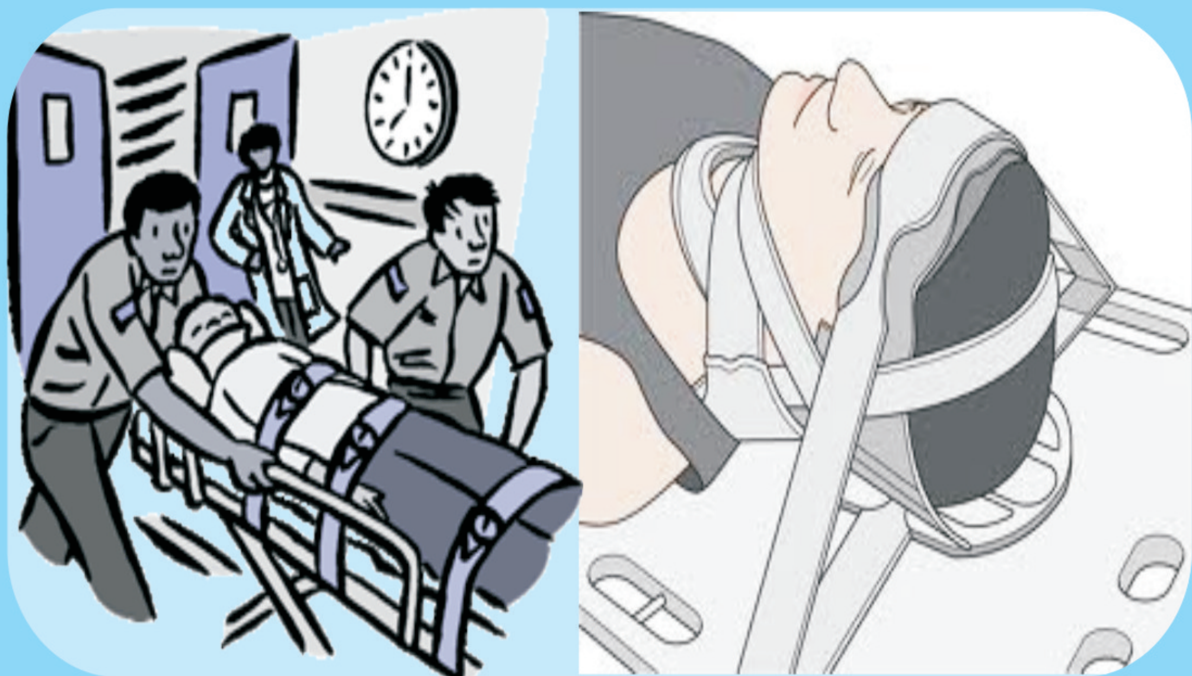
Funded by
Kinderhilfe-Afghanistan

Medical Emergency Treatment

Dr Sayed Malyar Sadat

ننگرهار طب پوهنځی

بیړنۍ طبي درملنې





ډاکتر سید ملیار سادات

۱۳۹۳

بیړنۍ طبي درملنې

Medical Emergency Treatment

ډاکتر سید ملیار سادات

۱۳۹۳

Afghanic

Nangarhar Medical Faculty

Dr Sayed Malyar Sadat

Medical Emergency Treatment

Funded by
Kinderhilfe-Afghanistan



ISBN 978-0-9873172-0-9

2014

بسمه تعالی

بیړنی طبي درملنې

ژباړن ډاکتر سید ملیار سادات

د کتاب نوم	بیړنۍ طبي درملنې
لیکوال	ډاکتر محمد علی منصوری
ژباړن	ډاکتر سید ملیار سادات
خپرندوی	ننګرهار طب پوهنځی
ویب پاڼه	www.nu.edu.af
چاپ شمېر	۱۰۰۰
د چاپ کال	۱۳۹۳، دوهم چاپ
ډاونلوډ	www.ecampus-afghanistan.org
چاپ ځای	افغانستان ټایمز مطبعه، کابل

دا کتاب د افغان ماشومانو لپاره د جرمني کمیټې په جرمني کې د Eroes کورنۍ یوې خیریه ټولنې لخوا تمویل شوی دی.

اداري او تخنیکي چارې یې په آلمان کې د افغانیک لخوا ترسره شوې دي.

د کتاب د محتوا او لیکنې مسؤلیت د کتاب په لیکوال او اړونده پوهنځی پورې اړه لري. مرسته کوونکي او تطبیق کوونکي ټولنې په دې اړه مسؤلیت نه لري.

د تدریسي کتابونو د چاپولو لپاره له موږ سره اړیکه ونیسئ:

ډاکتر یحیی وردک، د لوړو زده کړو وزارت، کابل

تیلیفون ۰۷۵٦۰۱٤٦٤۰

ایمیل textbooks@afghanic.org

ای اس بي ان ۹- ۰- ۹۸۷۳۱۷۲- ۰- ۹۷۸

د لوړو زده کړو وزارت پیغام

د بشر د تاريخ په مختلفو دورو کې کتاب د علم او پوهې په لاسته راوړلو کې ډېر مهم رول لوبولی دی او د درسي نصاب اساسي برخه جوړوي چې د زده کړې د کيفيت په لوړولو کې مهم ارزښت لري. له همدې امله د نړيوالو پېژندل شويو ستندردونو، معيارونو او د ټولنې د اړتياوو په نظر کې نيولو سره بايد نوي درسي مواد او کتابونه د محصلينو لپاره برابر او چاپ شي.

د لوړو زده کړو د مؤسسو د ښاغلو استادانو څخه د زړه له کومي مننه کوم چې ډېر زيار يې ايستلی او د کلونو په اوږدو کې يې په خپلو اړوندو څانګو کې درسی کتابونه تأليف او ژباړلي دي. له نورو ښاغلو استادانو او پوهانو څخه هم په درنښت غوښتنه کوم تر څو په خپلو اړوندو برخو کې نوي درسي کتابونه او نور درسي مواد برابر کړی څو تر چاپ وروسته د ګرانو محصلينو په واک کې ورکړل شي.

د لوړو زده کړو وزارت دا خپله دنده بولي چې د ګرانو محصلینو د علمي سطحې د لوړولو لپاره معياري او نوي درسی مواد برابر کړي.

په پای کی د افغان ماشومانو لپاره د جرمنی کميټې او ټولو هغو اړوندو ادارو او کسانو څخه مننه کوم چې د طبي کتابونو د چاپ په برخه کې يې هر اړخيزه همکاري کړې ده.

هيله مند يم چې نوموړې پروسه دوام وکړي او د نورو برخو اړوند کتابونه هم چاپ شي.

په درنښت

پوهاند ډاکتر عبيدالله عبيد

د لوړو زده کړو وزير

کابل، ۱۳۹۳

د درسي کتابونو د چاپ پروسه

قدرمنو استادانو او ګرانو محصلینو!

د افغانستان په پوهنتونونو کې د درسي کتابونو کموالی او نشتوالی له لویو ستونزو څخه ګڼل کېږي. یو زیات شمیر استادان او محصلین نوي معلوماتو ته لاس رسی نه لري، په زاړه میتود تدریس کوي او له هغو کتابونو او چپترونو څخه ګټه اخلي چې زاړه دي او په بازار کې په ټیټ کیفیت فوتوکاپي کېږي.

د دې ستونزو د هوارولو لپاره په تېرو درو کلونو کې مونږ د طب پوهنځیو د درسي کتابونو د چاپ لړۍ پیل او تر اوسه مو ۱۳۶ عنوانه طبي درسي کتابونه چاپ او د افغانستان ټولو طب پوهنځیو او نورو ادارو لکه عامې روغتیا وزارت، د علومو اکادمي، روغتونونو او نورو.... ته استولي دي.

دا کړنې په داسې حال کې تر سره کېږي چې د افغانستان د لوړو زده کړو وزارت د (۲۰۱۰ ـ ۲۰۱۴) کلونو په ملي ستراتیژیک پلان کې راغلي دي چې:

"د لوړو زده کړو او د ښوونې د ښه کیفیت او زده کوونکو ته د نویو، کره او علمي معلوماتو د برابرولو لپاره اړینه ده چې په دري او پښتو ژبو د درسي کتابونو د لیکلو فرصت برابر شي د تعلیمي نصاب د ریفورم لپاره له انګریزي ژبې څخه دري او پښتو ژبو ته د کتابونو او درسي موادو ژباړل اړین دي، له دې امکاناتو څخه پرته د پوهنتونونو محصلین او استادان نشي کولای عصري، نویو، تازه او کره معلوماتو ته لاس رسی پیدا کړي".

د افغانستان د طب پوهنځیو محصلین او استادان له ډېرو ستونزو سره مخامخ دي. نویو درسي موادو او معلوماتو ته نه لاس رسی، او له هغو کتابونو او چپترونو څخه کار اخیستل چې په بازار کې په ډېر ټیټ کیفیت

پیداکېږي، د دې برخې له ځانګړو ستونزو څخه ګڼل کېږي. له همدې کبله هغه کتابونه چې د استادانو له خوا لیکل شوي دي باید راټول او چاپ کړل شي. د هیواد د اوسني حالت په نظر کې نیولو سره مونږ لایقو ډاکترانو ته اړتیا لرو، ترڅو وکولای شي په هیواد کې د طبي زده کړو په ښه والي او پرمختګ کې فعاله ونډه واخلي. له همدې کبله باید د طب پوهنځیو ته لا زیاته پاملرنه وشي.

تراوسه پورې مونږ د ننګرهار، خوست، کندهار، هرات، بلخ او کاپیسا د طب پوهنځیو او کابل طبي پوهنتون لپاره ۱۳۶عنوانه مختلف طبي تدریسي کتابونه چاپ کړي دي. د ننګرهار طب پوهنځی لپاره د ۲۰ نورو طبي کتابونو د چاپ چارې رواني دي. د یادونې وړ ده چې نوموړي چاپ شوي کتابونه د هیواد ټولو طب پوهنځیو ته په وړیا توګه ویشل شوي دي.

ټول چاپ شوی طبي کتابونه کولای شي د www.ecampus-afghanistan.org ویب پاڼې څخه ډاونلوډ کړي.

کوم کتاب چې ستاسې په لاس کې دي زمونږ د فعالیتونو یوه بېلګه ده. مونږ غواړو چې دې پروسې ته دوام ورکړو، تر څو وکولای شو د درسي کتابونو په برابرولو سره د هیواد له پوهنتونو سره مرسته وکړو او د چپټر او لکچر نوټ دوران ته د پای ټکی کېږدو. د دې لپاره دا اړینه ده چې د لوړو زده کړو د موسساتو لپاره هر کال څه نا څه ۱۰۰ عنوانه درسي کتابونه چاپ کړل شي.

د لوړو زده کړو د وزارت، پوهنتونونو، استادانو او محصلینو د غوښتنې په اساس په راتلونکې کی غواړو چې دا پروګرام غیر طبي برخو لکه ساینس، انجنیري، کرهنې، اجتماعي علومو او نورو پوهنځیو ته هم پراخ کړو او د مختلفو پوهنتونونو او پوهنځیو د اړتیا وړ کتابونه چاپ کړو.

له ټولو محترمو استادانو څخه هيله کوو، چې په خپلو مسلکي برخو کې نوي کتابونه وليکي، وژباړي او يا هم خپل پخواني ليکل شوي کتابونه، لکچر نوټونه او چپټرونه ايډېټ او د چاپ لپاره تيار کړي. زمونږ په واک کې يې راکړي، چې په ښه کيفيت چاپ او وروسته يې د اړوندې پوهنځۍ استادانو او محصلينو په واک کې ورکړو. همدارنګه د يادو شويو ټکو په اړوند خپل وړانديزونه او نظريات زمونږ په پته له مونږ سره شريک کړي، تر څو په ګډه پدې برخه کې اغيزمن ګامونه پورته کړو.

له ګرانو محصلينو څخه هم هيله کوو چې په يادو چارو کې له مونږ او ښاغلو استادانو سره مرسته وکړي.

د يادونې وړ ده چې د مولفينو او خپروونکو له خوا پوره زيار ايستل شوی دی، ترڅو د کتابونو محتويات د نړيوالو علمي معيارونو په اساس برابر شي، خو بيا هم کيدای شي د کتاب په محتوی کې ځينې تيروتنې او ستونزې وجود ولري، نو له درنو لوستونکو څخه هيله مند يو تر څو خپل نظريات او نيوکې مولف او يا مونږ ته په ليکلې بڼه را وليږي، تر څو په راتلونکې چاپ کې اصلاح شي .

د افغان ماشومانو لپاره د جرمني کميټې او د هغې له مشر ډاکتر ايروس څخه ډېره مننه کوو چې د دغه کتاب د چاپ لګښت يې ورکړي دي دوی په تيرو کلونو کې هم د ننګرهار د طب پوهنځی د ۴۰ عنوانه طبي کتابونو د چاپ لګښت پر غاړه درلود.

په ځانګړي توګه د جې آی زيت (GIZ) له دفتر او CIM (Center for International Migration & Development چې زما لپاره يې په تېرو څلور کلونو کې په افغانستان کې د کار امکانات برابر کړی دي هم د زړه له کومې مننه کوم.

د لوړو زده کړو له محترم وزير ښاغلي پوهاند ډاکترعبيدالله عبيد، علمي معين ښاغلي پوهنوال محمد عثمان بابري، مالي او اداري معين

ښاغلي پوهنوال ډاکتر ګل حسن وليزي، د ننګرهار پوهنتون رييس ښاغلي ډاکتر محمد صابر، د ننګرهار طب پوهنځی رييس ښاغلي ډاکترخالد يار، د ننګرهار طب پوهنځی علمي مرستيال ښاغلي ډاکتر همايون چاردیوال، د پوهنتونو او پوهنځيو له ښاغلو رييسانو او استادانو څخه هم مننه کوم چې د کتابونو د چاپ لړۍ يې هڅولې او مرسته يې ورسره کړې ده.

همدارنګه د دفتر له همکارانو احمد فهيم حبيبی، سبحان الله او حکمت الله عزيز څخه هم مننه کوم چې د کتابونو د چاپ په برخه کې يې نه ستړې کيدونکې هلې ځلې کړې دي.

ډاکتر يحيی وردګ، د لوړو زده کړو وزارت

کابل، فبروري ۲۰۱۴

د دفتر ټيليفون: ۰۷۵۶۰۱۴۶۴۰

ايميل: textbooks@afghanic.org

wardak@afghanic.org

تـقـريــظ

په وروستیو څو کلونو کې په هېواد کې د پوهې او علم په برخه کې یوڅه پرمختګونـه شـوي دي، چـې ورسـره د ښـوونځیو، مسـلکيي انسـتیتونو، پوهنتونونو او محصلینو په کمیت کې زیاتوالی راغلی دی.

که له یوې خوا پوهنتونونه د کمیت په لحاظ ډیر شوي دي، نو لـه بـل پلـوه اړینه ده چې د لوړو زده کړه کیفیت ته زیاته توجه وشي.

ز مونږ په وطن کې علمی او نوی آثار لاتر اوسه هم ډیر کم دی، خدای وکـړی چی د داسی تدریسي کتابونولیکل او چاپول به دغه تشـه یـو څـه ډکه کړی. هیلـه منـد یـوو چـی زمـونږ نـور اسـتادان هـم تشـویق شـی، تـر څـو پـه خپلـو مسلکي برخو کې نوي علمي کتابونه ولیکي.

دغـه کتـاب د ننګرهـار د طـب پـوهنځی لخـوا وکتـل شـو، ښـه معیـاری او د محصلینو لپاره ګټهور کتاب دی.

مونږ د لیکوال دغه زیار ستایو، د لوی خدای ج له در بـار څخـه نومـوړي تـه د نورو بریاوو هیله کوو.

د ننګرهار د طب پوهنځی

ډالۍ

خپلې ګرانې مور او ګران پلار ته، چې زما په پالنه او روزنه کې يې ډېرې ستړې ګاللي او د ژوند په سختو شيبو کې يې کتاب او قلم ته هڅولی يم.

يو څو خبرې

دا کتاب د انګلیسي Emergency Medical Treatment نومې کتاب څخه بېړنۍ طبي درملنې نومې کتاب ته ژباړل شوې دی او لوستل یې د ستاژرډاکټرانو او غیرفارغ محصلینو ته ډېر اړین تمامیږي ځکه چې د ټولو ناروغیو بېړنې درملنې پکې ذکر شوې او یو ډاکټر کولای چې د روغتون په عاجل وارډ، ICU ، کلینیک آو نورو صحي مرکزونو کې له ناروغ سره مرسته وکړي او کومه انساني طبي وسه چې د ډاکتر له لاس کیږي ورسره یې وکړي او ژوند یې که د الله پاک خوښه وي له مرګ څخه وژغوري.

د بله طرفه تر ډېره وخته مې دا کتاب د خپلوګرانو محصلینو ورونو په لاسو کې لېده مګرپه لوستلو کې یې ورته ستونزه وه او هم زما د خپلو همصنفیانو ورونو دا غوښتنه وه چې دا کتاب پښتو ته وژباړل شي تر څو هر محصل ورڅخه په اسانه ګټه پورته کړي او له مخې یې ناروغانو ته د طبي خدمت مصدروګرځي، نو هماغه و چې د مومند خپرندویه ټولنې مشر نصیرمومند سره مې د کتاب د ژباړې په اړه خبرې وکړې، هغې هم په دغه خبره کې له ماسره خوښې څرګنده کړه او زما عزم یې نور هم پیاوړې کړې چې په چټکې سره کتاب وژباړم او وروسته له یو څو میاشتو څخه مې الله تعالی په مرسته او نصرت کتاب له انګلیسي څخه پښتو ته وژباړو.

د کتاب د ژباړې په اړه خپر نظر په لاندې یو څوټکې کې ذکرکوم.

- کتاب په اسانه او عام فهمه ټکو سره ژباړل شوې دی.
- په کتاب کې هغه طبي اصطلاح ګانې چې لاتیني وي او یا په پښتو کې کومه ځانګړې مانا نه لري په خپل اصلي بڼه لیکل شوې دی.

- کتاب له انګلیسي څخه ټکي په ټکي نه دي ژباړل شوي بلکې یوازې له جملي څخه یې اصلي مفهوم په ګوته شوې ځکه چې که چیرې ټکي په ټکي ژباړل شوې نو ښائي چې موضوع په هدف کې تغیر رامنځ ته شوې وای.
- په کتاب کې د ناروغیو تداوې په عاجل ډول څرګندہ شوې او د اوږدې تداوی لپاره یې باید د داخلي نورو کتابونو ته مراجعه وشي.

څرنګه چې دا زما لومړی ژباړه ده او په سختې ګرمۍ او د روژې د میاشتې په اخرو شپو کې مې سرته رسولي ده نو ښائې چې یو څه ستونزې پکې موجودې وي له تاسو څخه یې ښښنه غواړم او د خوږو لوستونکو څخه په مهربانې سره دا غوښتنه کوم چې د کتاب په لوستلو کې ماته زما سهوې او اشتباګانې په ګوته کړی تر څو د کتاب په راتلونکې چاپ کې دغه ستونزې حل کړم.

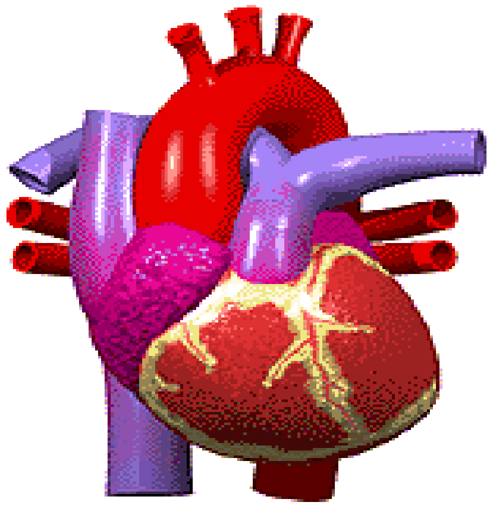
په خورا ښښتنه مینه

سیدملیار سادات

ښکلي کنړ(نورګل ولسوالی)

لیکلړ

انتاني ناروغي



د زړه اسکیمیک ناروغي

Ischaemic Heart Disease

د زړه اسکيميک ناروغي

Ischaemic Heart Disease

د زړه اسکيميک ناروغۍ (IHD) په لاندې شکلونو باندې تظاهر کوي

- Angina Pectoris
- Unstable Angina
- Myocardial Infarction

Angina Pectoris

انجينا پکتورس يو کلينيکي سندروم دی، چې د سينې په حملوي درد سره پېژندل کېږي او تر ټولو ستر عامل يې د زړه د مايوکارډيم طبقې ته د وينې او د اکسيجن د ارواء کموالی دی.
د سينې دردونه وروسته د فزيکي کارونو څخه زياتيږي، چې د Effort Angina په نامه سره يادېږي، چې د زړه مايوکارډيم برخې ته د اکسيجن په رسيد نه کې کمښت رامنځ ته کيږي او يا د مايوکارډيم طبقې ته د وينې او د اکسيجن (Oxygen) غوښتنه زياتيږي، چې همدغه د وينې د ارواء کموالی د Angina Pectoris د رامنځ ته کېدو لپاره له ټولو څخه لوی سبب جوړوي.
د تمرين او د Thyrotoxicosis په حالت کې Myocardium ته د وينې د ارواء غوښتنه زياتيږي.

- هغه حالاتونه چې د زړه Myocardium برخې ته د وينې او د اکسيجن غوښتنه زياتوي په لاندې ډول دي.

- تمرین یا فزیکې فعالیتونه.
- Thyrotoxicosis
- هغه حالاتونه چې د زړه Myocardium برخې ته د وینې او د اکسیجن غوښتنه کموي، په لاندې ډول دي.
- د اکلیلي شریان اتیروما.
- د وینې کموالی (Anemia)
- د وینې د فشار کمښت (Low BP) .
- ابهر د سامی افات(Aortic Valvular Lesions)

تشخیصیه ټکې (Diagnostic Points) :

- درد د سټرنم د هډوکې شاته وي او په وصف کې کش کوونکې او فشار راوړونکی درد وي او کېدای شي، چې دغه درد زنې، غاړې، کینې مټ او د Scapula هډوکې منځنۍ برخې ته انتقال شي.
- درد د کار په وخت او یا د دراندو کارونو کولو پر وخت رامنځ ته کیږي او همدارنګه شدید احساساتي حالتونه کولای شي، چې دغه دردونه نور هم تقویه کړي.
- درد په ارام کولو سره کمیږي.
- درد د ژبې لاندې په glyceryl trinitrate ټیبلیټ په کارولو سره ارامیږي.
- د درد وخت له ۳ دقیقو څخه نیولی تر ۲۰ دقیقو پورې وي.
- ناروغ کیدای شي د وینې فشار یا د شکر ناروغي ولري.

- دغه پېښې زیاتره د ۴۰ کلونو څخه پورته عمر کې رامنځ ته کیږي، خو بیا هم له دغه پېښو څخه ځوانان د نظره ونه غورځول شي.

کلینکي معاینه:

- کیدای شي د ناروغ کلینکي لوحه په بشپړ ډول سره نارمل وي
- په هغه صورت کې چې د سامی افات موجود وي، لکه د بېلګې په ډول د ابهر تضیق یا د ابهر عدم کفایه؛ نو په دغه صورت کې به د زړه غیر نارمل اوازونه (Cardiac murmmers) موجود وي.
- که چیرې ناروغ کې د وینې کمی وي، د وینې د فشار لوړوالی(High blood pressure) یا د شکري ناروغي یې درلوده؛ نو په دغه صورت کې به په ناروغ د هرې رامنځ ته شوي ناروغۍ تظاهرات ولري.

پلټنې (**Investigations**) :

- ایلکټروکارډیوګرام (ECG) شاید نارمل وي.
- په جریان د درد کې کیدای شي د ST سګمنټ لوړوالی یا ښکته والی او یا د T موجې Inversion ولیدل شي.
- قلبې انزایمونه به نارمل وي.

همدارنګه نورې پلټنې هم صورت نیسې، چې په لاندې ډول دي.

د وینې مکمل معاینات لکه

- سیروم Creatinine .
- د وینې Urea .

- د وینې شکر.
- د وینې کلسټرول.
- .Lipid profile
- د ځګر د وظایفو معاینات (LFT) .
- Cogulation profile لکه PTT، PT, INR.

اداره Manigment :

١عمومي تدابیر.

- د زړه د بې نظمۍ لپاره او د ST او د T موجې د تغیراتو د کتو او د کنټرول لپاره Cardiac مانیټور نسب کیږي.
- د وریدي لاین خلاصول او ورسره 5% Dextros Water تطبیق. که چیري د وینې سیستولیک فشارد 100 mmHg
- د نارمل څخه کم و ، نو ناروغ ته Normal Salin ډریپ ورکوو او هم پرې د پښو نهایات پورته کوو.
- ناروغ ته 3-4 L/min اکسیجن ورکوو.

2) درملو تظبیق (Drug Therapy) :

a) 0.4 mg Sub-Lingual nitroglycerin

دا درمل باید سمدلاسه تطبیق شي ، که چیري ورسره درد ارام نه شو ، نو وروسته له پنځو دقیقو څخه بیا ورکول کیږي ، که ناروغ بیا هم ارام نه شو د قلبي احتشاء (MI) طرف ته فکر کیږي.

د Nitrates مضاد استطباب:

- چې د وینې سیستولیک فشار 100 mmHg څخه کم وي.

- د نبض اندازه د 110/min څخه زیاته وي او یا د 50/min څخه کم وي.

b) Aspirin 75-300 mg د خولې د لارې.

c) Beta Blocker

Atenolol 25 mg یا Metoprolol 25 mg د خولې لارې.

د Beta Blocker مضاد استطباب:

- سیستولیک فشار 100 mmHg څخه کم وي.
- نبض (Puls) اندازه 60/min څخه کم وي.
- د زړه عدم کفایه.
- د برانکسونو سفزم.
- AV بلاک.
- اوعیو محیطي ناروغۍ.

d) د هایپوګلایسیمیا په صورت کې inj Insulin تطبیقیږي.

د سینې ناوصفي درد

(Unstable Angina)

د سینې نناوصفي درد په لاندې ټکو سره پېژندل کیږي.

- د استراحت په وخت کې د سینې د دردونو تکراري حملې زیاتیږي.
- د glyceryl nitrate په ورکولو سره ناروغ له درد نه ارامیږي.
- په ECG کې مختلف تغیرات لیدل کیږي، لکه ST سګمنټ depression یا د موجې inversion ، چې زیاتره د سینې په قدامي Lead کې وي.
- قلبي انزایمونه پکې نارمل وي، خو ځینې وختونه پکې Troponin لیدل کیږي.

Unstable Angina په زیاتره ناروغانو کې Atheromatous Plaqu لیدل کیږي، چې بیا همدغه Plaqu د اوعیو د جدار په داخل کې ترومبس جوړوي او په همدغه وخت کې د اوعیو د جدار په داخل کې د دموي صفحاتو (Platelat) څخه Vasoconstrictor Substances افرازیږي، د Vasoconstrictor موادو افراز او د ترومبس د جوړیدو په صورت کې د زړه د مایوکارډیم طبقې ته د وینې ارواء کمیږي او بلاخره د سینې د درد لامل ګرځي.

اداره یا **Manigment :**

عمومي تدابير:

عمومي تدابير يې د Angina په شان دي.

درمل **Drugs :**

a) ناروغ ته د ژبې لاندې Nitroglyceren د هرو پنځو دقيقو څخه وروسته دوه ځلې ورکول کيږي، که له دې سره بيا هم ناروغ د سينې له درد څخه شکايت کاوه، نو په دغه صورت کې ورته د وريد د لارې Nitroglyceren تطبيقيږي.

وريدي **Nitroglycerine :**

وريدي نايټروګلايسيرين د 5-10 microgram/min په اندازه ورکول کيږي، ډوز يې ډېر په احتياط سره د Heart Rate او د وينې د فشار په څارنې سره کنټروليږي، په Normotensive ناروغانو کې د Nitroglyceren ډوز د هر پنځو دقيقو په دوران کې د درد د اراميدو پورې لوړيږي، د نبض اندازه ورسره نه لوړيږي او نه ورسره د وينې فشار ښکته کيږي، خو په ډېرو نادرو حالاتو کې Bradycardia رامنځ ته کوي، چې بيا ورته په ځينې اساسي کيسونو کې 0.5-1.0 mg وريدي اټروپين(Atropin) ورکول کيږي.

مضاد استطباب:

مضـــاد اســـتطباب یـــې د Angina پـــه تـــداوۍ کـــې د ژبـــې لانـــدې Nitroglycerine په شان دي.

b) Aspirin.

Aspirin 300 mg د خولې د لارې او بیا وروسته 100mg په منحل ډول سره یې استعمال ډیر غوره دی.

c) Beta blocker :

ډوز یې د انجینا په تداوۍ کې ذکر شوي.

d) Calcium channel blocker :

د اسـکیمیک اعراضـو د کنټـرول لپـاره (Calan) Verapamil یـا diltiazen (Herbesser) ورکول کیږي.

e) Heparine :

د ورید د لارې inj Heparin 5000 i.u ورکول کیږي، چې دغه ډوز 1000 i.u په 24 ساعتونو کې د سیرم drip په واسطه تعقیبیږی چې په هر شپږو ساعتو کې PT,APTT,INR ځارل کیږي.

د کم مالیکولی وزنه Heparin (enoxaprin) 1 mg/kg/12 hours هم کارول کیږي.

همدارنګه Tielodapin 250 mg BD د خولې د لارې هغه ناروغانو ته ورکول کیږي، چې د Aspirin اخیستو توان ونلري.

f) Thromblytic Therapy :

دا باید استعمال نه شي که چیري مقاوم **ST** سګمنټ جګوالی موجود وي.

قلبي احتشاء

(Myocardial Infarction)

قلبي احتشاء د مايوکارډيم له نکروز څخه عبارت دی، چې د اکليلي شراينو د جريان او قلبي عضلي د مصرف په منځ کې وخيم عدم توازن له کبله منځ ته راځي، په قلبي احتشاء(MI) کې Sub endocard طبقه په افت اخته کيږي(Non transmural Infarction) او يا د مايوکارډ ټول ضخامت په نکروز (Trans mural infarction) اخته کيږی، چې په دې اخرې ډول يې اکليلی شريان (Cronary Artery) په بشپړ ډول او په ګذري ډول Plague ، ترمبوزس او سفزم پواسطه پيدا شوي وي.

تشخيصيه ټکې :

- ناروغ شايد د وينې د لوړ فشار او د شکري ناروغي ولري.
- د قلبي احتشاء پېښې زياتره د 40 کلونو څخه پورته عمر کې ليدل کيږی، خو په هر حال ځوانان بايد له پامه ونه غورځول شي.
- ناروغ به د سينې په برخه کې له سخت درد څخه شکايت کوي.
- ناروغ به پر سينه د وزن اينبودو احساس کوي.
- ځينې وخت ناروغ د سينې له ناارامۍ څخه شکايت کوي.

- شايد ناروغ د سر له ګنګس والي څخه شکايت وکړي.
- په لږو پېښو کې شايد ناروغ د ګيډې د پورتنۍ برخه کې د درد او د زړه بدوالی موجود وي.
- په ډيرو کيسونو کې له ناروغ پريمانه خوله کيږي.

قلبي احتشاء په ځينو کيسونو کې خاموشه وي، لکه د بيلګې په ډول په زړو خلکو کې او د شکر په ناروغانو کې، چې دغه ډول احتشا ء Silent MI په نامه سره يادېږي.

کلينکی معاينه:

ناروغ به يو د لاندې خصوصياتو درلودونکي وي.

- ناروغ شايد د شاک په حالت کې وي.
- په شديدو حالاتو کې به ناروغ مخ خاسف او ډېر خوليجن به وي.
- ناروغ شايد د د چپ بطين عدم کفايي له امله سخته سالنډي ولري.
- امکان لري ناروغ Stroke ولري.
- امکان لري د وينې فشار لوړ، ښکته او يا نارمل وي.
- Pulse. زياتره ناروغان تکې کارډيا لري، امکان لري په لږو پيښو کې ناروغ Bradycardia ولري، که چيري متناوب نبض موجود وو نو دا په پراخه ډول د مايوکارډ تخريب څرګندوي.

د زړه اصغاء:

- په زياتره کيسونو کې قلبي اوازونه نارمل وي.

- امکان لري د زړه لومړنۍ اواز په عتمادي کیسونو کې ښکته وي.
- د زړه د سامي ناروغیو په صورت کې شاید د زړه غیرنارمل اوازونه (Murmur) واوریدل شي.
- په وخیم CCF کې د زړه دریم اواز موجود وي.
- د نوې سیستولیک مرمر ښکاره کیدل کسبي VSD په ګوته کوي.

د سینې اصغاء:

په زیاتو کیسونو کې په سینه کې کوم افت نه ځرګندیږي، خو بیا هم شاید Crepitation پکې موجود وي.

پلټنې **Investigations :**

په ECG کې به لاندې تغیرات لیدل کیږي.

- د ST سګمنټ لوړوالی.
- ST سګمنټ ښکته والی.
- د Q موجی موجودیت.

: Cardiac Enzymes Test

د زړه د ناروغیود معلومولو لپاره په وینه کې د قلبې انزایمونو معاینه یوه خاصه معاینه ده، چې په دوران کې د زړه د انزایمونو موجودیت د زړه ناروغۍ ځرګندوي، دغه انزایمونه د 6 ساعتو په موده کې لوړیږي او د لوړیدو اخرې نقطه یې تر 12 ساعتو پورې ده او د 24 ساعتو لپاره په دوران کې پاتې کیږي.
د زړه انزایمونو بېلګې.

	Enzymes	Peak (hour)	Duration of Elevation
۱	CK-MB-	12	1-2 days
۲	SGOT(AST)	36-48	4 days
۳	LDH	48-72	

: Cardiac troponin T

دغه انزايم له افت څخه وروسته د 4 ساعتو څخه مثبت کيږي او د لوړيدو اخرې نقطه يې 2-1 ورځې ده او بيرته د 14-5 ورځو څخه خپل نارمل حالت ته راځي، Cardiac troponin T يو مايوکارډيل انتهې جنين دي، دا له CPK څخه مخکې دوران خوشې کيږي او ډېر خاص دی.

نورې پلټنې په Angina Pectoris کې ذکر شوي دي.

تشخيص **Diagnosis** :

که چيرې د لاندې دريو څخه دوه موجود و تشخيص وضع کوي.

1) اندېښنه پيدا کوونکې تاريخچه.
2) د ECG تغيرات.
3) قلبي انزايماتيک تغيرات.

اداره يا **Management** :

a) عمومي تدابير.

عمومي تدابير يې په وړاندې مخونو کې ذکر شوي دي.

b) Oxygen herapy :

3-5 LO3/ min په دوام دار ډول سره.

c) Inj Morphine 5 mg I.V
d) Sub-lingual nitroglycerin
e) I.V Nitroglycerine
f) Aspirin
g) Heparin
h) Beta blocker
i) ACE Inhibitor

Acetopril (Capaten) 6.25 mg يا Lisinopril (Zestril) 2.5 mg OD . دا په خاص ډول دچپ بطين بې کفايتي کې توصيه کيږي.

j) Thrombolytic therapy

استطباب:

- Persistant elevated ST segment
- Appearance of new LBBB .

k) Streptokinass :

1.5 million units په 100cc. saline کې د I.V انفيوژن په شکل په 60 دقيقو کې ورکول کيږي، ګړندې انفيوژن امکان لري بطيني بې نظمي رامنځ ته کړي.

اعظمي غوره اثريې هغه وخت کې دی، چې ناروغ د قلبي احتشاء په 6 ساعتو کې راشي، په هر حال د 24 ساعتو پورې دا درمل کارول کيږي.

جانبي عوارض Side Effects :

- امکان لري الرژيک عکس العمل سره د سخت هايپوټينشن واقع شي.

- په 10% پېښو کې امکان لري Mild Hypotention رامنځ ته شي، چې د فشار د لوړولو لپاره پلازما Expander ورکول کیږي.

مضاد استطباب

- Bleeding ناروغۍ.
- **حمل** (Pregnancy) .
- سخت د وینې لوړ فشار (180/110) .
- **د معدې زخم**(Peptic ulcer) .
- د تیرو 12 میاشتو د مابین تازه سټروک.
- د تیرو 10 ورځو تازه جراحي یا ټراما.

اعراضي تدابیر:

- د وېنې د لوړ فشار تداوې.
- شاک تداوي.
- ټکې کارډیا تداوي.
- بریډې کارډیا تداوي.
- د زړه د بې نظمۍ تداوي.

یادونه: د Inferion MI په صورت کې تل باید د سېنې ښې Lead ته فکر وشي د دې لپاره چې د ښې بطین قلبې احتشاء څرګنده کړي. V3-4R به ST سګمنټ لوړوالی وښايي. ناروغ به

- . Hypotention
- د جګولر ورید لوړ فشار.

- سینه به له افت څخه پاکه وي.

د ښې بطین قلبي احتشاء اداره:

- د نیم څخه تر دوه ساعتو په موده کې I.V Salin rapidly 500-1000 ml .

که سیستولیک فشار بیا هم د 90 mmHg څخه کم و ، نو بیا ورته د Dobutamine 5 microgram/min/kg په اندازه انفیوژن شروع کیږي، چې دوز یې د 20 microgram/min/kg په اندازه لوړیږي.

حاد اکلیلي سندروم

Acute Coronary Syndrome

حاد اکلیلی سندروم (ACS) په دوه کلاسونو (برخو) ویشل شوي دي.

1) حاد اکلیلی سندروم د لوړ (ST (raised سګمنټ سره .
2) حاد اکلیلی سندروم پرته د ST سګمنټ له ,elevation څخه .

کلینکی لوحه:

- د ارام په وخت کې د سینې درد.
- په ځینو ناروغانو کې د هضم اندیښنې.
- سالنډی.
- فزیکې معاینه امکان لري لاندې ناروغۍ په ګوته کړي.

- د ابهر څیرې کیدل.
- د سږو ایمبولیزم.

علایم:

- د وینې د فشار ښکته والی.
- قلبي مرمرونه.

منجمنټ:

د ناروغ منجمنټ د قلبي احتشاء په شان دی.

قلبي نیوروزس

Cardiac Neurosis
(Effort Syndrome)

عموماً زیات ناروغان د روغتون بیړنۍ څانګې ته د زړه (قلبي) ناروغانو په نوم مراجعه کوي، چې په حقیقت کې د زړه ناروغان نه وي. تفریقي تشخیص یې په لاندې ډول دی.

- درد د زړه په څوکه کې وي او ناروغ یې مستقیماً په ښه کوي.
- درد په لمس کولو سره او یا په ساحه باندې د فشار راوړلو سره زیاتیږي.
- درد له کار کولو څخه وروسته راځي.
- درد د ډیر اوږد وخت لپاره وي او په ارام کولو سره نه ارامیږي.
- قلبي انزایمونه به ټول نارمل وي.
-

کلینکی معاینه:

- د ناروغ په کلینکی لوحه کې به کوم غیر نورمال تغیر نه لیدل کیږي او په یو خوندې حالت کې به وي.

لاندې د بستر د خوا ټیستونه د تشخیص د وضع کول لپاره توصیه کیږي.

- له ناروغ څخه پوښتنه کیږي، چې خپل تنفس ودروي، خو ناروغ به په دغه کار کې ناکام شي، چې هغه خپل تنفس د نیمې دقیقې لپاره ودروي.
- له ناروغ څخه پوښتنه کیږي، چې د **5** دقیقو لپاره ګړندی تنفس اجرا کړي، چې د نبض اندازه به د 100/min څخه پورته لاړه شي.

تداوي:

- ناروغ ته ډاډ ورکول کیږي، چې کومه قلبي ناروغي نه لري.
- Tranquillizerد بیلګې په ډول Valium, Neuzamیا Laxilliumد تشویش د ختمولو لپاره توصیه کیږي.
- Beta blocker هم موثره تمامیږي.

د زړه حاده عدم کفایه

Acut Heart Failure
(Pulmonary Odema)

د زړه عدم کفایه د زړه د هغه بې کفایتۍ څخه عبارت دی، چې زړه نه شي کولای، چې خپل کافی قلبې دهانه د بدن د ضرورت په اساس برقراره وساتي.

یا دزړه عدم کفایه (Heart failure)یو سخت سندروم دی، چې د زړه دساختماني او وظیفوي ناروغیو له امله رامنځ ته کیږي، چې په دغه حالت کې زړه نه شي کولای، چې د وینی یوفزیالوژیک دوران وساتي، چې د بدن مختلفو برخو ته وینه پمپ کړي، چې په نتیجه کې یې د ښې زړه او همدارنګه د چپ زړه عدم کفایه هم رامنځ ته کوي، چې بالاخره قلبې دهانه ورسره کمیږي او د بدن حیاتي اعضاوو ته پوره وینه نه رسیږي اویو Multi organ failure رامنځ ته کیږي، چې د مرګ سبب ګرځي

پتوفزیالوجي:

د قلبي دهانې (Cardiac out put) د کموالي له امله د وینې د په اروء کې کمښت رامنځ ته کیږي او هم د بدن اعضاء او انساجو ته د اکسیجن ارواء کمیږي چې په دې سره Cardiac

reserves. کميږي او په فلمونري او په ځانګړي توګه په Systemic وريدونو کې Congestion رامنځ ته کيږي.

تشخيصيه ټکې:

امکان لري ناروغ له لاندې ناروغيو څخه يوه ناروغي ولري.

- Ischeamic Heart Disease.
- Hypertention.
- د زړه د سمامي ناروغۍ.
- انيميا.

نور واقعات لکه.

- لکه د مايعاتو Overload .
- Head injury .
- Acut Respiratory distress Syndrom(ARDS)

امکان لري ناروغ د لاندې حالاتو تاريخچه ولري.

- Exertional dysponea(PND)
- Paroxysmal nocturnal dyspnoea
- Orthopnoea
- Chest Pain

کلينکي معاينات:

ناروغ نه شي کولای، چې په کټ يا خپل بستر کې سيده څملي او هڅه کوي چې کيښني.

- ناروغ د تنفسي ناروغۍ په حالت کې وي.
- ناروغ د پام وړ سالنډي لري.

- په ځینو کیسونو کې ناروغ زیاتې خولې لري.
- امکان لري سیانوزس موجود وي.
- په لږو پېښو کې امکان لري ناروغ د شاک په حالت کې وي.

نبض(Pulse)

په هغه صورت کې چې د زړه عدم کفایه د قلبي احتشاء له امله رامنځ ته شوي وي؛ نو امکان لري متناوب نبض (Pulsus alternans) موجود وي

د وینې فشار:

د وینې فشار امکان لري، زیات، کم او یا نارمل وي.

د جګولر وريد فشار(JVP) :

د جګولر وریدي فشار به لوړ وي.

Odema feet:

په مزمنو حالاتو کې د پښو پړسوب موجود وي.

د زړه معاینه:

- مربوط د کیس امکان لري Heaving apex موجود وي.
- ټکې کارډیا موجوده وي.
- د زړه د دسامي ناروغیو په صورت کې شاید مرمر موجود وي.
- په زیاتو کیسونو کې د زړه دریم اواز (S3 gallop) موجود وي.
- امکان لري د زړه بې نظمي ولیدل شي.

د سينې اضغاء:

- د سینې په دواړو خواوو کې Coarse crepitation وي.

د ګیډې معاینه:

- په مزمن کیسونو کې امکان لري Hepatomegaly ، حبن (Ascites) موجود وي.

یادونه: د لاندې ټکو په واسطه باید د زړه حاد عدم کفایه (Cardiac Asthma) د Bronchial Asthma څخه تفریق شي یا فرق یې وشي.

Points to be noted	**Acute heart failure**	**Bronchial Asthma**
History of dyspnoea	Shor history-may be first time in life	Prolonged history
Sputum	Thin and (may be) reddish frothy	Thick and (may be) purulent
Examination of		
Chest-Shape	Normal	Barrel shape(in most of the cases)
Wheeze/Rhonchi	Not significant	Marked
CVS-apex beat	May be palpable	Not palpable
Crepts/Crackes	Marked	Not significant
Pulse	May be alternans	May be paradoxus
Sing of Heart disease i.e Arrhythmia or	May be present	Absent in most of cases

پلټنې Investigation:

1) ECG :

- ECG موندنه یې د کیس په موافقه ده، یانې د کومې ناروغۍ له امله چې HF رامنځ ته شوي وي، د همغې ناروغۍ تغیرات به پکې لیدل کیږي.
- Cardiac enzymes, blood uria او Arterial blood gases (ABG) هم معاینه کیږي.

1) د سینې x-ray :

- د زړه غټوالی یا کارډیومیګالی(په مزمن حالت کې) .
- د سږو دوه طرفه Congestion (Bats wings appearace) .
- په اوږدو ثابت کیسونو کې امکان لري Pleural effusion موجود وي.
- د سږو د Base په چپ طرف کې K kerley B line ولیدل شي.

نورې پلټنې چې په مناسبو څپرکو کې ذکر شوي دي چې د زړه د اسکیمیک ناروغیو (IHD) او د Hypertension لپاره اجراء کیږي.

اداره (**Management**)

i. ناروغ ته د تکیه فوزیشن ورکول کیږي، د بستر سرنۍ برخه د 30-40 درجو په اندازه لوړیږي.

ii. اکسیجن (Oxygen) د Nasal catheter د لارې ورکول کیږي.

iii. I.V Inj Morphin 2.5-5 mg له antiemetic injection (i.e Inj Plasil 10 mg) سره یو ځای ورکول کیږي.

iv. Diuretic ;

I.V Inj frusemide (Lasix) 40-80 mg

که چیري د وینې سیستولیک فشار له 100 mmHg څخه کم شو ، باید چې diuretic therapy قطع شي.

v. Inj Aminophyline 250 mg په 100cc پنځه فیصده dextrose کې منحل کیږي او په شلو دقیقو کې د ورید د لارې ذرق کیږي.

vi. Nitroglycerin ;

د خولې د لارې Nitroglycerine tablet دوه ځله د 5 دقیقو په فاصله کې ورکول کیږي.

vii. I.V Nitroglycerine

که ناروغ ښه والی نه وي کړي، Nitroglycerine د تطبیق په اړه هم فکر کیږي

Dose: 5-10 microgram/min (2-10 mg) as infusion

د انفیوژن په دوران کې باید د وینې سیستولیک فشار د 90 mmHg څخه پورته وساتل شي.

viii. ACE Inhibitor :

Capoten: 6.25-12.5 mg 6-8 hourly

Renetec: 2.5-5 mg BID

چې د وینې سیستولیک فشار د 100 mmHg څخه کم نه وي کارول کیږي.

ix. Ventoline Nebulisation ورکول کیږي او امکان لري، چې د ضرورت په اساس بیا هم استعمال شي.

x. که چیري ناروغ اذیني بې نظمي ولري او د تداوۍ سره ځواب ورنکړي؛ نو بیا Digitalization تیرافي صورت نیسي.

Digitalization: د ناروغۍ د شدت سره مستقیماً اړیکه لري.

یادونه: که چیري بطینې بې نظمې (Ventricular arrhythmia) موجوده وه؛ نو بیا Digoxine نه ورکول کیږي.

Rapid digitalization:

دغه طریقه په هغه پېښو کې کارول کیږي، چې د دوه اونیو راهیسې یې په هیڅ ډول Digoxine نه وي اخیستي.

5% Inj Digoxin (Lanoxin) 0.5 mg(may be diluted in 5 cc Dextrose) او د ورید د لارې په ډېر قراره ورکول کیږي.

وروسته Inj Digoxin 0.25 mg I.V(may be diluted in 5 cc of 5% Dextrose) په هر شپږ ساعتو کې تکراریږي تر هغې چې Pulse Rate 100/min په اندازه شي.

د digoxine ټول اندازه باید له 1.5 mg/24 hours څخه زیاته نه شي.

مخکې د Digoxin د ذرقي تطبیق څخه باید د نبض اندازه(Pulse rate) وکتل شي، د نبض اندازه 100/min او یا له دې څخه کم د Digoxin قطع کول په ګوته کوي او ورته maintenance ډوز چې لاندې ذکر شوي دي ورکول کیږي.

:Oral Digitalisation

Tab Digoxin (Lanoxin) 0.25 mg.

دوه ګولۍ په یو ځل، بیا یوه ګولۍ هر 6 ساعتونو کې، تر هغې چې نبض اندازه 100/min ته ښکته شي.

په دغه Case کې هم د Digoxin ټول dose باید 1.5 mg/24 hours څخه زیات نه شي.

هر وخت کله چې Orll dose استعمالیږي، Pulse کنټل کیږي.

Pulse rate د 100/min څخه کم د Rapid digitalization: قطع کول په ګوته کوي او بیا ورته maintenance ډوز پیل کیږي.

سببي تداوي.

سببي تداوي یې په لاندې ډول ده.

- د زړه د اسکیمیک ناروغیو تداوي.
- د لوړ فشار (Hypertention) تداوي.
- د Arrthythmias تدواي.

د هر یوې تداوۍ ذکر په مناسبو څپرکیو کې شوی دی.

د زړه بې نظمي

Cardiac Arrthymias

که چیري د زړه په ریتم کې کومه ابنارملتي پیدا شی دې حالت ته دزړه بی نظمې یا Cardiac Arrhythmia وایي.

Arrthymias په دوه ډوله ده:

1) **Tachyarrythmia :**

- Supra Ventricular Tachycardai
- Atrial Fibrilation
- Atrial Flutter
- Ventricular Tachycardai

2) Bradyarrythmia :

- Sinus Bradycardai
- Heart block

لاملونه **Causes :**

i. قلبي احتشاء(Myocardial infarction) .
ii. د متړال دسام ناروغي(Mitral valve disease)
iii. کارډیو مایوپتي (Cardiomyopathy) .
iv. د میوکارډ التهاب(Myocarditis) .
v. د کافینو څښل.
vi. د سګرټو استعمال(Smoking) .
vii. نمونیا(Pneumonia) .
viii. میتابولیکی تشوشات(Metabolic disturbance) .

ix. د Electrolytes اندېښنې.

x. د تايراېډ غدې ناروغۍ.

معاينات:

- د وينې بشپړه معاينه.
- Blood sugar.
- Blood Urea & cratinine
- ECG
- X-ray chest
- Serum electrolytes

Atrial Ectopic Beats

Atrial Ectopic Beats د اذين له ځينو محراقونو څخه منځ ته راځي، چې دغه مخرش محراقونه د تنباکو، چاى، کافى او په نارمل خلکو کې د روحى فشارونو له کبله منځ ته راځي، همدا ډول د زړه ځينې عضوي ناروغۍ هم د Atrial Ectopic Beat لامل ګرځي.

کوم وخت چې تنبه له SAN څخه د باندې پيدا شي E. Beat پيدا کيږي، چې د قلبي يو مرکز په بنفسه ډول فعاليږي او په پايله کې E.Beat رامنځ ته کوي.

ECG تغيرات:

- نظم (Rhythm) به غير منظم وي.

- Ectopic Beat به د یو معاوضوي Pause پواسطه تعقیبیږي، د بیلګې په ډول د Ectopic Beat د R wave انټروال او د نارمل R wave انټروال ترمنځ به د R R انټروال زیات وي.
- د Ectopic Beat د P موجه به مختلف شکل لري. د بیلګې په ډول Size او Shap به یې د نارمل Beat د P موجې څخه توپیر لري.

تداوي **Treatment:**

- یواځې که چیري ناروغ اعراض ولري Beta blocker او Calcium channel blocker استعمالیږي.

ټکي کارډيا

Tachycardia

ټکي کارډيا شايد فوق البطيني(Supraventricular) او يا بطيني (Ventricular) وي.

فوق البطيني ټکي کارډيا

Supraventricular Tachycardi

منشاء يې له اذين (Atria) څخه ده، د همدې لپاره ورته فوق البطيني ټکي کارډيا وايي، چې عموماً د زړه ټکان پکې ډېر ګړندې وي،او ناروغ په لهلاندې اعراضو څخه شکايت کوي.

د زړه ټکان **(palpitation)**

- سالنډي(Dyspnoea) .
- په سينه کې د ناارامتيا احساس.
- امکان لري د ساينکوپي حملات موجود وي.
- د سينې درد.

لږ ناروغان امکان لري، چې هېڅ اعراض ونلري؛ خو د بله طرفه کېداى شي چې يو څه اعراض ولري.

کلينيکي لوحه:

- نبض ډېر سريع وي.
- په زياتو پېښو کې نظم منظم وي.
- امکان لري جګولر وريدي فشار لوړ وي.

د زړه معاينه:

- امکان لري چې Heaving Apex موجود وي.
- شايد په قرع سره Thrill واوريدل شي.

د سينې معاينه:

- په زياتو پېښو کوم افت نه ليدل کيږي، که چيرې bsal crepts موجود و ، د چپ بطين بې کفايتي په ګوته کوي.

ECG تغيرات:

- د P Wave نشتوالی.
- نری QRS Complex ، چې د همدې لپاره ورته Narrow complex tachycardia وايي، د بيلګې په ډولQRS complex د 3 وړو square څخه پراخه وي.
- په زياتو پېښو کې يې نظم منظم وي.
- Heart rate د 150-220/min په اندازه وي.

اداره Management :

- د وريدي لاين خلاصول.
- د قلبي مانيټور نسبول.

- Pulse او B.P څارنه.
- Oxyger 3-5 L/min

: Carotid sinus massage

لومړی د تایراېډ (Thyroid) غدی په پورتني border د 15-20 sec لپاره کاروتيد شريان ته مساج ورکوو ، که چيرې ځواب يې ورنه کړ، نو بيا چپ کاروتيد شريان ته مساج ورکوو.

بايد دواړه شريانونه هيڅکله يو ځای مساج نه شي او نه دا طريقه پر زړو کسانو تطبيق کړو.

يادونه: مخکې د Carotid شريان له مساج څخه، د Carotid artery stenosis د معلومولو لپاره لومړی بايد په اصغاء سره کاروتيد شريانونه وګورو.

که بندش موجود وي؛ نو سيستوليکbruite اواز به واوريدل شي.

: Drug Therapy

لاندې درمل کارول کيږي.

- Calcium channel blocker (CCB) .
- Digitalis
- Beta blocker
- Adenosin

1. Inj Verapamil (Isoptin) :

Verapamil د وريد د لارې په قلاره سره 5 mg ذرق کيږي او کيدای شي ډوز يې وروسته د 10-5 دقيقو څخه بيا تکرار شي. د فعاليت پيل يې 2-1د قيقو کې صورت نيسي او اعضمي اثرات

يې د 10-15 دقيقو کې ځرګنديږي او Action يې د 6 ساعتو لپاره پاتې کيږي او چې يو ځلې د زړه نارمل Sinus rhythm دوباره خپل ځای ته راغې بيا يو ګولۍ Isoptin 40 mg د خولې د لارې ورکول کيږي، اعظمي اثرات يې د 1-2 ساعتونو په منځ کې صورت نيسي او Half live يې 4-12 ساعتو پورې وي.

د **I.V Verapamil** عوارض جانبي:

- Hypotention
- Bradycardia
- AV Blocke
- Asystole

مضاد استطباب:

- Hypotention

د بيلګې په ډول سيستوليک فشار له 100 mmHg څخه کم وي.

- Heart Failure
- WPW syndrome

يادونه: ذرقي Beta blocker په جاري ډول بايد له Verapamil سره يو ځای استعمال نه شي.

2. Inj Digitaalis :

Inj Lanoxin 0.5 mg په قلاره سره د وريد د لارې، دغه ډوز په اندازه د 0.25 mg په تکراري ډول سره 4-6 ساعتو په موده کې ورکول کيږي تر هغه چې د Heart Rate 100/min ته راشي، بايد چې Total dose په 24 ساعتونو کې له 1.25 mg څخه زيات نه شي

3. Beta blocker :

Inj Inderal 1mg I.V slowly

4. Inj Adenosin :

6mg I.V . په سریع ډول سره چې دغه ډوز د 10-30 m saline په واسطه تعقیبیږي.

5. Electrocardioversion (DC Shock) :

که چیري د ناروغ عمومي وضع ثابته نه وه، د بیلګې په ډول د وینې سیستولیک فشار 90 mmHg څخه کم و؛ نو په دغه صورت کې یې DC Shock غوره تداوی ده.

د Supraventricular Tachycardia لپاره DC شاک 25-100 Joules کارول کیږي.

مضاد استطباب:

- Digitalis toxicity
- Hyperthyroidism
- Multifocul atrial tachycardia

د **DC** شاک د تطبیق تخنیک:

مخکې د DC شاک له تطبیق څخه لاندې تدابیر نیول کیږي.

- د مختلف درملو د تطبیق لپاره د وریدې لاین خلاصول.
- د ECG مانیټور باید نسب شي، چې وخت په وخت قلبي حالات معلوم کړي.

- ناروغ ته دې د اکسیجن تطبیق پیل شي.
- د ضرورت په اساس باید Endotracheal tube او ambo bag موجود وي.
- I.V diazepam 2.5 mg مخکې له شاک څخه دې تطبیق شي.

Sinus Tachycardia (STC)

که چیرې د زړه ټکان (Heart Rate) د جیبي عقدې (SAN) څخه منشاء ونیسي او تعداد یې له100 څخه په دقیقه کې زیات وي، د STC په نامه سره یادیږي، په دې حالت کې ټول تنبهات د SAN څخه په تیزۍ سره منشا نیسي او ټول تنبهات AVN ته انتقالیږي.

ECG تغیرات:

- د R R فاصلې پکې خواره لنډي وي.

تداوي **Treatment :**

- **Beta blocker**

Inderal 10-120 mg/day یا Atenolol 50-100 mg OD په ویشل شوي ډوز سره. په هغه صورت کې Heart Failure یا Bronchial asthma نه وي موجوده.

Atrial Flutter

يوه اذيني بې نظمي ده، چې د Atrial rate پکې ډېر سريع وي، په دې بې نظمۍ کې 4:1 , 3:1 , 2:1 بلاک موجود وي، يانې د 2 په مقابل کې يوه يا د 3 په مقابل يوه او يا د 4 په مقابل کې يوه تنبه له AVN څخه بطيناتو ته تيريږي.

ECG تغيرات:

- د **Atrial rate** به د **220-300/min** په اندازه وي.
- **P waves** به د ارې د غاښونو په شان) **Saw toothed**) **F waves** ته تغير کړي وي.
- **QRS complexes** به نارمل بڼه لري.
- په زياتو پېښو کې يې د زړه نظم منظم وي.
- د مختلفو درجو **AV block(2:1 or3:1)** به موجود وي.

Atrial Fibrillation (AF)

يوه اذيني بې نظمي ده، چې د ازين حرکات پکې خورا زيات او بې اغيزه وي، د ازين حرکات د **300-600/min** په اندازه وي او **AV** بلاک په مختلفو درجو موجود وي.

اسباب **Causes :**

- **Left Ventricular Hypertropy**) له هره سببه، چې وي.

- د مترال د سام تضیق(MS) .
- نادراً قلبي ولادي ناروغي(CHD)
- الکول.
- کارډیومایوپتي.
- Thyrotoxicosis چې ازیني تنبهات زیاتوي.
- د Aortic valve ناروغي په تنهایي ډول په اخر کې د ختطلاط په شکل ازیني Fibrilation منځ ته راوړي.

ECG تغیرات:

- Atrial rate به د 400 or more/min وي.
- د P waves به په زیاتو F waves ته بدل شوي وي.
- نظم (Rhythm) به غیرمنظم وي.
- QRS complex به نارمله بڼه لري.
- Heart rate امکان لري سریع یا رو وي.

تداوي:

- ناروغ ته د I.V Canula پاس کول.
- Cardiac monitor باید نسب شي.
- Pulse او B.P وڅارل شي.
- I.V 0.5 mg Digoxin په قلاره سره تظبیق شي.

دغه ډوز د Digoxin 0.25 mg I.v 6 hourly پواسطه تعقیبیږي، ترهغې چې د Heart rate 100/120 ته راښکته شي.

Atrial Fibrilation With Rapid Ventricular Rate

:Management اداره

- کـه چیـري نـاروغ Hypotention درلـوده، د مثـال پـه ډول سیستولیک فشار یې د 90 m.m.Hg و ، Dc شاک د J 100-360 په ندازه ورکول کیږي.
- که چیري د ناروغ د اعراضو وخت دوه ورځې یا دوه ورځو څخه زیات و ، نو په دغه صورت کې ورته مخکې د DC شاک څخه anticoagulation ورتـه ورکـول کیـږي، مثـال پـه ډول Inj . Heparin 5000 units I.V

وروسته 5000 unit S/C/8 hourly .

همدارنګه پـه عـین وخت کې د خولې د لارې anticoagulants (coumidine 5 mg OD) پیلیږي.

وروسته د 5-4 ورځو څخه وریدي Heparin قطع کیږي او د 3 اونیو لپاره اورل تیراپي جاري ساتل کیږي، د تیراپۍ په جریان کې INR د 3-2 په مابین کې ساتل کیږي.

- په ثابت کیسونو کې یې تداوي د SVT په شان ده.
- که چیري LVF و Inj Digoxin

د بطيناتو بې نظمي

Ventricular Arrhythmias

Ventricular Arrthythmias د زړه هغه بې نظمۍ دي، چې منشا يې له بطيناتو څخه ده، د همدې لپاره د بطيني بې نظميو په نامه سره يادېږي.

ډولونه:

i. Multiple ventricular ectopic beats
ii. Ventricular Tachycardia.
iii. Ventricular Fibrilation

کلينکي لوحه:

د ناروغ موجوده شکايت به په لاندې ډول وي.

- د زړه ټکان (Palpitation) .
- په زړه کې د ټوپ وهونکې ټکان حس.
- د سينې درد .
- د سينې ناارامتيا .
- Breathlessnes
- ساينکوپي.

د سينې معاينه:

- Heaving apex د سبب په اساس امکان لري په اصغا سره وي.
- ټکې کارډیا به موجوده وي.
- امکان لري د زړه اوازونه په مختلفو درجو سره زیات وي.
- شاید gallop rhythm موجود وي.
- د دسامي ناروغیو په صورت کې به مرمر موجود وي.
- د زړه نظم امکان لري غیرمنظم وي.

یادونه Carotid: مساج د زړه پر Rate هیڅ اثر نه لري.

د سینې معاینه:

- د چپ بطین بې کفایتي په صورت کې به دوه طرفه basal crept موجود وي.

پټلنې Investigation :

- ECG د ښه تشخیص لپاره اخیستل کیږي.

Ventricular Ectopic Beat (VEB, VPB)

په بطیني EB کې ناروغ په سینه کې د یو درونـد اضافی Beat څخه شکایت کوي، VEB په نورمالو خلکو کې لیدل کیږي او د عمر د زیاتوالي سره یې وقوعات زیاتیږي.

ECG تغیرات:

- له Ectopic beat څخه به مخکې د P wave موجود وي.
- د QRS Complex به ګډ وډ شکل لري او د 3 وړو square څخه به ډېر پراخه وي او د نارمل QRS complex څخه مختلف وي.
- له Ectopic beat څخه به وروسته یو معاوضوي Pause موجود وي.

یادونه: که چیري **Ventricular ectopics** د **6/min** څخه زیات و، نو یواځې بیا لاندې تداوي صورت نیسي.

اداره Management:

- زیاتره کیسونه یې تداوۍ ته ضرورت نه لري.
- په اعراض لرونکې کیس کې یې سببي تداوي صورت نیسي، خو بیا هم I.V Lignocain 50-100 mg in 2-3 min ورته ورکول کیږي، بیا I.V infusion at rate of 4mg/min په اندازه ورکول کیږي

بیا وروسته یې ډوز له یو ساعت څخه 2 mg/min ته راښکته کیږي.

بطيني ټکي کارډيا

Ventricular Tachycardia

يوه ډېره مهمه او خطرناکه بې نظمي ده، ځکه چې تل دا ټکي کارډيا د يوې خوا د وخيمو قلبي ناروغيو سره ملګري وي او له بلې خوا بطيني ضربان پکې خورا سريع وي او په بطيني Fibrilation بدليږي.

ECG تغيرات:

- د Heart rate 150-250/min په منځ کې وي.
- امکان لري Rhythm غيرمنظم وي.
- د P wave به په QRS complex کې نوتې وي.
- QRS complex به پراخه وي د مثال په ډول د 3 وړو squar څخه به پراخه وي.
- ST سګمنټ او T wave به د QRS complex سره به يې فرق نه کيږي.
- د ازين او د بطين هماهنګي به موجود وي.

اداره **Management :**

- د قلبي مانيټور بايد نسب شي.
- په لوړ جريان اکسيجن.
- وريدي Canula .
- 12 leads ECG

لابراتواري معاينات:

لاندې معاينات بايد اجراء شي.

- Blood Urea
- Creatinine
- Sugar
- Electrolyte
- ABG

همدارنګه لاندې Medication هم ورکول کيږي.

- Xylocain (plane i.e without adrenalin) يې د خوښې درمل دي، چې په لاندې ډول استعماليږي.

I.V. 50 mg په 2 دقيقو کې، تکرارې ډوز يې وروسته د 5-10 دقيقو څخه تطبيقيږي، اعظمي اندازه يې د 200 mg پورې ده.

بيا دا په I.V. Infusion کې د 2-4 mg/min په اندازه ورکول کيږي، د Heart failure او د شاک په 50% پېښو کې يې ډوز راښکته کيږي.

په هغه صورت کې چې I.V. line نه وي موجود بيا 300 mg د I.M د لارې ذرق کيږي.

- Amiodarone I.V. 150 mg په 10 دقيقو کې، بيا 100 mg په يو ساعت کې په هغه صورت کې چې Xylocain نه وي موجود .

Maintenance ډوز يې Amiodone infusion 0.5 mg/min

.

همدارنګه د Amiodone کيپسول هم د ورځې دوه ځلې يا درې ځلې ورکول کيږي.

- **DC Shock**

په غير ثابت کيسونو کې د مثال په ډول چې د وينې سيسټوليک فشار ډېر ښکته وي، DC شاک د 200 جوله په اندازه اجرا کيږي، که چيرې ځواب يې ورنکړ بيا J 360 شاک ورکول کيږي.

بطيني بې نظمي

Venricular Fibrilation

Ventricular Fibrilation د زړه د غيرمنظم او چټک څخه عبارت دي چې د بطيناتو د يو مخرش محراق څخه پيدا کيږي، بطيني فايبريلشن د ناڅاپي مړينې معمول سبب دي، بطيني پايبريلشن د بطين د وخيمې Anoxia او Ischemia څخه منځ ته راځي.

ECG تغيرات:

- ECG به په بشپړ ډول سره غيرمنظم ګډ وډ شکل ولري او داسې فکر به کيږي، چې زړه ولاړ دی

تداوي

تداوي يې د Cardiac Arrest په شکل ده، چې په نږدې صفحه کې ذکر شوي ده.

بریډیکارډیا

Bradycardias

تشخیصیه ټکې

امکان لري ناروغ د لاندې حالاتو تاریخچه ولري.

- د زړه اسکیمیک ناروغۍ (IHD) .
- د Digoxin یا Beta blocker درمل د تطبیق تاریخچه.
- Myxoedema.
- Interacranial pressure لوړوالی.

کلینکي لوحه

- سر ګرځېدنه.
- درد.
- سانیکوپي.
- د زړه احتقانې عدم کفایه.

په معاینې سره

- Pulse 40-5-/min
- Rhythm امکان لري غیر منظم وي.
- شاید جګولر وریدې فشار لوړ وي.

د زړه معاینه

- د HR ورو وي او امکان لري چې نظم غیرمنظم وي.
- د زړه د دسامي ناروغۍ په صورت کې Murmurs موجود وي.

د سینې معاینه

- که چیري Bradycardia د زړه د حتقانې عدم کفایې سره یو ځای وي؛ نو په دغه صورت کې به دوه طرفه Basal crepts موجود وي.

پلټنې **Investigation :**

ECG :

- ECG د bradycardia ابتدایي عامل په ګوته کوي، لکه Sinus bradycardia یا Heart bloker د مثال په ډول 1st degree یا 2nd degree او یا Complete Heart block.

Sinus Bradycardia

که چیري د ورځې پر مهال Sinus rate په یوه دقیقه کې د 60 څخه کم وي او د شپې پر مهال له 50 څخه کم وي، دغې حالت ته Sinus Bradycardia وایي، چې اکثره وخت اعراض نه لري او rate پکې ډېر رو وي، په لوبغاړو کې په فزیالوژیک ډول سره موجوده وي، چې vagal tone د زیاتوالي لامل ګرځي، د sinus Bradycardia نور سببونه هم لري، چې دغه سببونه خارجي او داخلي منشاء لري، چې داخلي سببونه یې، لکه Sick sinus syndrome او همدارنګه په حاد ډول سره اسکیمیا یا د sinus node انپارکشن او داسې نور، خارجي سببونه یې لکه Beta blockers داخل قحفې فشار جګوالی، Hypothyroidism او داسې نور.

- په دغه ټکي کارډیا کې د HR رو او منظم وي.
- PQRST Waves به نارمل بڼه ولري.

تداوي **Treatment :**

غیر اعراض لرونکو ناروغان تداوۍ ته ضرورت نه لري او اعراض لرونکو ناروغانو کې یې تداوي په لاندې ډول ده .

- سببي تداوي: یانې د کومې ناروغۍ له امله چې Sinus tachycardia رامنځ ته شوي ده، هغه باید په بشپړ ډول سره تداوي شي.
- Inj Atropine 0.6 mg-1.2 mg I.V ورکول کیږي، که د دغه اندازې سره یې ځواب ورنکړ، ډوز یې وروسته د 5 دقیقو څخه بیا تکراریږي، اعظمي ډوز یې د 3 mg پورې دي.
- په غیر ځواب ورکونکو کیسونو کې قلبي Pacing تطبیق کیږي.
- infusion Isoprenaline هم د microgram/min 2-10 په اندازه ورکول کیږي.

قلبي بلاکونه

Heart Block

په دغه حالت کې د بطین او ازین تر منځ د برقې سیالي انتقال خرابیږي، یا قلبي بلاکونه یا بندیز د انتقال سیستم له تشوش څخه عبارت دي، چې د جیبي عقدې (SAN) د تنبه سیاله او د بطین د ځواب په منځ کې واقع کیږي.

: S.A Block (Sino atrial block

په دې حالت کې مکمل قلبي سایکل موجود نه وي، نو د نبض په جس کې وقفه موجوده وي یو بعنې په یوه کمه وقفه کې نبض نه جس کیږي، په ECG کې د ازیناتو او بطیناتو یو Complex نه لیدل کیږي، Sick sinus syndrome د S.A. Block یوه کلینکي علامه ده، S.A. Block که اعراض ونلري تداوي ته یې ضرورت نشته او که اعراض ولري؛ نو مصنوعی Pace maker ینبودل یې ضروري دي.

A.V. Block (Atrio-Ventricular block)

په دې حالت کې تنبه تېریدل بطیناتو ته په AVN کې مغشوشه کیږي، یانې دا چې تنبه ډېره په قراره نظر نورمال ته بطیناتو ته تیریږي او یا دا چې تنبه په AVN کې بلاک کیږي.

ډولونه:

1. لومړۍ درجه قلبي بلاک(1st degree Heart Block)
2. دویمه درجه قلبي بلاک(2nd degree Heart Block)

3. دريمه درجه قلبې بلاک(3rd degree Heart Block)

لومړۍ درجه قلبې بلاک(1st degree Heart Block)

پـه دې حالـت کـې د AV node د لارې د سـیالې د انتقـال تشـوش موجود وي، دغه ډول بلاک په روماتیک تبې او پـه روغـو کسـانو کې هم کله کله لیدل کیږي، همدارنګـه د digoxin لـه کبلـه هـم مـنځ ته راځي.

ECG تغیرات:

- د PR انټروال به اوږد وي.
- نظم به منظم وي.
- QRS complex به نارمل بڼه ولري.

تداوي:

که چیري ناروغ اعـراض ولـري تـداوي یـې د Sinus tachycardia په شان ده.

دویمه درجه قلبې بلاک(2nd degree Heart Block

دې بلاک ته قسمي قلبي بلاک هم وايي، پـه دې بـلاک کـې ځینـې تنبهات د A.V node څخه نه تیریږي. دغه بلاک په دوه ډوله دي .

a) Wenckebch phenomenon
b) Mobitz type AV block

ECG تغیرات

- په زیاتره کیسونو کې د زړه rate غیر منظم وي.
- د PR انټروال به اوږد وي.

- هر P wave به د QRS Complex پواسطه نه تعقیبیږي.

:Wenckebch phenomenon

دا د دویمه درجه قلبي بلاک یو ډول دی، چې په دې بلاک کې PR انټروال د تدریجي زیاتوالي سره په اخر کې یو بطیني کمپلیکس او په ECG کې نه لیدل کیږي.

ECG تغیرات

- په پرله پسي beat کې د PR انټروال تدریجي اوږدوالی، ترهغې چې یو QRS complex سقوط شي، چې دا د نارمل PR انټروال پواسطه تعقیبیږي او پورتنۍ مانورا بیا تکراریږي.

تداوي Treatment:

تداوي یې د Sinus bradycardia په شان ده.

iii. دریمه درجه قلبي بلاک(**3rd degree or complete** **Heart Block**):

په دې حالت کې هیڅ یوه تنبع له ازیناتو څخه بطیناتو ته نه تیریږي او ټول تنبهات په AVN کې بلاک کیږي، بطیني تقلص د بل مرکز پورې اړه لري او په دې حالت کې د ازیناتو او بطیناتو د تقلص په منځ کې هم اهنګي موجوده نه وي، یانې ازین په دقیقه کې نورمال تقلصات (60-90/min) او بطینات په دقیقه کې (45-50) څخه ښکته تقلصات اجرا کوي چې د ازیناتو او بطیناتو تقلصات سره تطابق نه لري، اسباب یې لکه په AVN کې

اسکیمیا، د AVN پیبروزي او التهابي حالات او قلبي احتشا یې تر ټولو مهم ترین سبب دی.

ECG تغیرات:

- د P wave به د QRS complex سره هیڅ اړیکه نه لري، د بیلګې په ډول یو A.V dissociation به موجود وي ، یانې د ازیناتو او بطیناتو ترمنځ به کومه هم اهنګي نه وي، مقصد دا چې ازین به خپل کار کوي او بطین به خپل.
- PR انټروال به او ښتونکی بڼه لري.
- بطیني rate به د 60/min څخه کم وي.
- امکان لري QRS complex ګډ وډ شکل ولري.

منجمنټ:

- Inj Atropin 0.6 mg-1-2 I.V دغه ډوز وروسته له پنځو دقیقو څخه بیا تکراریږي.
- Isoproterenol (Isoprenaline) 10-20 mg د ژبې لاندې په هر 4-2 ساعتو په موده کې،
- . Permanent pace maker(PPM)
- د کیس د ناکامۍ په صورت کې Dopamin infusion at rate of 2-5 microgram/KG/min ورکول کیږي.
- سببي تداوي یې باید اجرا شي.

ساینکوپي

Syncopy

د موقت وخت لپاره د شعور مختل کیدو ته ساینکوپې وایي.

ډولونه:

a) Vasovagal Syncope :

دغه ډول ساینکوپې د احساساتو، وېرې، درد، خپه کوونکې منظرې کتل او د ډېر وخت لپاره ودریدو له امله منځته راځي.

کلینکی تظاهرات:

- ګنګستیا.
- خاسفوالی.
- خولې.
- شعور له منځه تلل.
- د اطرفو د تقلصاتو خرابوالی.
- د فشار کمیدل.
- ګډ وډ دریدل.
- بریډیکاډیا.

b) Stokes Adam Attack :

په دغه حالت کې د bradycardia له امله قلبي دهانه یا Cardiac out put کمیږي، ناروغ په ځمکه غورځیږي او شین کیږي، نبض ډېر رو وي، رغونه په ډېر کم وخت کې کې صورت نیسي، چې د ناروغ رنګ سور او نبض یې سریع کیږي او د بې هودۍ حالت له منځه ځي.

نور اسباب يې لکه:

- Orhostatic hpotension
- Cough syncope
- Micturation syncope

منجمنټ:

- ناروغ ژر ترژره په بستر باندې اچول کیږي او د بستر د خپو طرف پورته کیږي.
- ناروغ ته وریدي مایعات تطبیقیږي.
- سببي تداوي.

: Torsade De Pointes (TDS)

TDS د بطیني ټکې کارډیا یو ډول دی چې په تدریجي ډول د QRS Complex موجې په جګیدو سره منصف ده، همدارنګه TDS په هغه کیسونو کې زیاتیږي چې په هغې کې QT انټروال اوږد وي.

اسباب:

- په ولادي ډول.
- درمل لکه Amiodrone,Bretylium Norpace
- الکټرولایټونو عدم توازن.
- د اخرې مرحلې کارډیومایوپتې.

کلینکی تظاهرات

TDS امکان لري موقتي او یا ستنیدونکی وي، دا هیموډاینامیک کولپس سره یو ځای وي.

منجمنټ:

- ژر باید DC shock د 200 j په اندازه اجرا شي، که دغې اندازې ځواب ورنکړ د دوهم ځل لپاره د J 300 او یا 360 j په اندازه اجرا کیږي.
- ټول حمله کوونکې درمل باید قطع شي.
- MgSO4 1-2 GM د وریدي bolus په شکل ورکول کیږي. دغه درمل په drug induced TDP کې د خوښې درمل دي.
- Isoproterenal infusion تطبیـــق ترڅـــو د HR د 90-120/min په اندازه شي.
- په Betal blocker سره د ولادي QT انټروال سندروم تداوي وشي.
- په غیرځواب ورکوونکو کیسونو کې موقتي Pacemaker اچول کیږي.

قلبي توقف

Cardiac Arrest
(Cardio-Resp.Arrest)

قلبي توقف په ناڅاپي توګه د قلبي وظایفو په مکمل ډول د منځه تللو وتیره ده چې دا حالت د بطین فایبریلشن او بطین Asystol څخه منځ ته راځي چې دا درې واړه حالته یواځې د ECG په واسطه او یا د قلبي جرحی په وخت کې تفریقي تشخیص کیږي، مخکې د دي چې ECG اجرا شي، باید د ناروغ د ژوندي کیدو په برخه کې اقدام وشي، چې د سینې مساژ او خوله تنفس باید د داکټرانو، نرسانو د امبولانس اقدام وشي او ناروغ سره د دوباره ژوندي کیدو په برخه کې مرسته وشي، د دوباره ژوندي کیدو لپاره مساج او خوله په خوله تنفس ژر تر ژر اجرا شي.

اسباب:

- قلبي احتشاء.
- هایپوکسیا.
- اسیډوزس.
- د سږو ایمبولیزم.
- ټینشن نوموټراکس.
- هایپوترمیا.

- د Digoxin د ډوز زیاتوالی.
- د یوریا او الکترولایټونو عدم توازن.

کلینکی لوحه:

- بې هوډې.
- Apnoea.
- د کاروتید Pulse نشت.

منجمنټ:

اداره يې د زړه او سږو بیارغونې (Cardio Pulmonary Resuscitation,CPR) سره صورت نیسې.

د زړه او د سږو بیارغونه

Cardio Pulmonary Resucitation (CPR)

د زړه د ودرید لپاره بیړنۍ او چټکه درملنه پکار ده، ځکه کېدای شي د دماغ نه راګیرځیدونکی زیان رامنځ ته شي، که په لومړیو دو یا دری دقیقو کې له اکسیجن څخه ډکه وینه دماغ ته ورونه رسیږي له درې دقیقو وروسته په بیا د دماغ زیان همیشنې وي.

د زړه او سږو بیا رغونه دوه مرحلې لري:

i. د ژوند بنسټیز ملاتړ(Basic life support)

i. دزړه پرمختللي حياتي مرسته(Advance cardiac life support) . د ژوند بنسټيز ملاتړ(Basic life support) :

- ژر تر ژره دې د مرستې لپاره چغه وشي او smart pericardial thump دې اجراء شي.
- خپل تشخيص يقيني کړی(بې شعوره، د مړه په شان حالت، د نبض نشتوالی) .
- دبې شعوره حالت د پېژندنې لپاره ناروغ وخوزوئ.
- که نبض مو ونه موند ، د مرستې لپاره غوښتنه وکړئ، ډېر ژر ناروغ په يوه داسې حالت کې کيږدئ چې مناسب وي، لاندې ترې يو شخ شی کيږدئ.
- د ژوند بنيادي مرستې Airway, Breathing, Circulation (ABC) سره پيل وکړئ.

1. Airway:

- د ناروغ د خولې څخه دې وينه، مخاط او يا نور شيان راويستل شي.
- تنفسي لاره د غاړې په پراخولو او شاته د سر په غځولو ازاده کړئ.
- د شوکی نخاع هره انجرې وګورئ.

2. Breathing :

- د expired شوي هوا تنفس: په هغه صورت کې چې Ambo bag موجود نه وي، د ناروغ سر شاته خوزول کيږي او اوږې يې مخې ته راکښل کيږي، مرسته کوونکی شخص يوه ژوره ساه اخلي او خپلې شونډې د ناروغ په خوله ږدي او څو پياوړي پوکي

د 12-15/min په اندازه ورکول کیږي، لومړۍ دوه هر تنفسه به دوه سکنډه اوږده وي.

3. **Circulation** :

- د ناروغ په سینه باندې د 100/min په اندازه فشار واردیږي.

د سینې د فشار (Compression) طریقه:

دوران د سینې پر خارجي جدار د فشار راوړلو له لارې امادە کیږي، د یو لاس ورغوي د ناروغ د سر پوښتۍ هډوکي په لاندینۍ برخه اېښودل کیږي او دوهم لاس پر لومړۍ داسې اېښودل کیږي چې ګوتې یې سره نښتي وي او پر سینه فشار راوړل کیږي، چې سینه د 1.5 نه تر 2 انچو پورې ننوزي په دې وخت کې سینه د یوه پمپ کار ورکوي او زړه د یوه طرفه وال په سیستم کار پیلوي او دوران فعالیږي چې دا کار د اکلیلي او دماغي دوران په ښه ډول ساتنه کولای شي.

ii. دزړه پرمختللي حیاتي مرسته(**Advance cardiac life support**) :

دا د اکلیلي شریانونو د څارنې په یونټ کې اجرا کېږي او په لاندې ډول وي.

- **Defibrillation :**

دا د DC shock په اجرا کولو سره صورت نیسي.

DC shock 200 J باید اجرا شي، که ځواب یې ورنکړ j 360 اجرا کیږي، وروسته د هر defibrillation څخه نبض باید و څارل شي.

- داخل شزني تيوب داخلول.
- وريدې کينولا داخلول.
- اکسيجن.
- د ECG منيتورنګ.
- درمل. لکه

Adrenaline 1 mg د وريد د لارې.

نور درمل:

Inj Lidocain 1- 1.5 mg/KG I.V او وروسته د 3 نه تر 5 دقيقو په موده کې دا ډوز بيا تکراريږي که ځواب يې ورنکړ، بيا دغه ډوزد Inj Atropin 1 mg I.V پواسطه تعقيبيږي،

Inj Amiodrone 150 mg I.V in 10 min

پيريکارډايټس

(Pericarditis)

Pericarditis د زړه د پيريکار طبقې د التهاب څخه عبارت دی.

تشخيصيه ټکي:

ناروغ امکان لري کومه معلومه ناروغي ولري لکه

- د زړه اسکيميک ناروغي(IHD) .
- توبرکلوزس (TB) .
- د پښتورګو عدم کفايه.

- Collagen ناروغي.

کلینکي تظاهرات:

- ناروغ د سینې درد لري، چې په Inspiration سره زیاتیږي او کله چې ناروغ د مخې طرف ته تکیا وکړي او کیښني درد کمیږي.
- په اضغا سره Pericardial friction rub موجود وي.

Pericardial rub اکثره وخت د مایعاتو په زیاتوالی سره ورکیږي.

په هغه صورت کې Pericardia effusion موجود وي لاندې کلینکي تظاهرات به ولیدل شي.

- Paradoxus نبض.
- د جګولر ورید فشار لوړالی.
- امکان لري ځګر غټ وي.
- شاید د خپو پړسوب موجود وي.

ECG تغیرات:

- ST سګمنټ elevation سره د محدبیت په ټول لیډونو کې .

X-ray chest :

په هغه صورت کې چې Pericardia effusion نه وي اکسری به نارمل وي، که چیري effusion موجود و نو بیا به په اکسری کې "enlarged pear shaped heart" لیدل کیږي.

منجمنټ:

- د درد د ارامولو لپاره Inj Indomethacin یا NSAID
- سببي تداوي ډېره اړینه ده باید اجرا شي.
- که چیري شاک او بې نظمي موجوده وي باید تداوي شي(تداوي یې په مناسبو څپرکو کې ذکر شوي ده) .
- د Pericardial effusion په صورت کې د الټرا ساونډ په رهنما سره Pericardia tap اجرا کیږي.

شاک

(Shock)

شاک یو فزیالوجیک لفظ دی، چې پکې انساجو ته کافی ارواء صورت نه نیسي او د اعضاوو د dysfunction لامل ګرځي.
یا شاک هیموډینامیکی او متابولیکی شدیده خرابی ده چې اړینو او حیاتي غړو ته کافی پروفیوژن د خوندینی لپاره د وینې د دوران په ناتوانۍ سره نومول کیږي.

د شاک ډولونه:

1) **Cardiogenic shock .**
2) **Hypovolumin shock**
3) **Distributive shock**
4) **Obstructive shock**

د Obstructive shock اسباب:

b) زیاتره دا د غټې فلمونري ایمبولیزم له امله رامنځ ته کیږي. چې اسباب یې په لاندې ډول دي

c) Air embolism
d) Amniotic fluid embolism
e) Tumour cells embolism
f) Cardiac temponad
g) Massive mediastinal shift
h) Disecting aneuryzm

کارډیو جینیک شاک

(Cardiogenic Shock)

تشخیصیه ټکې:

ناروغ امکان لري د لاندې ناروغیو یو **Case** ولري.

- د زړه احتقاني عدم کفایه.
- قلبي احتشاء.
- د زړه بې نظمي.

کلینکی معاینات:

- جلد یخ او لوند وي.
- د وینې فشار ښکته وي.
- نبض سریع او والیم یې رو وي.
- امکان لري محیطي سیانوزس موجود وي.
- شاید ټکې کارډیا موجود وي.
- د سینې معاینه دوه طرفه **Crepts** څرګندوي.

پلټنې یا **Investigation :**

- ECG امکان لري د زړه د اسکیمیک ناروغیو علایم په ګوته کړي، د مثال په ډول د ST سګمنټ تغیرات یا depression,elevation او د T wave inversion شاید وي.
- د زړه بې نظمي هم امکان لري چې موجوده وي.

اداره یا **Management:**:

- ناروغ په کټ یا بستر کې اچول کیږي او د زړه طرف ته د وینې د جریان په خاطر یو اندازه خپې پرې جګیږي.
- هوايي لاره باید صفا وي او که ضرورت وي ناروغ Intubated شي.
- Ventolin nebulization چې د Vasodilator په شان عمل کوي د قلبې دهانې د لوړیدو لپاره ورکول کیږي.
- Nasal catheter پواسطه یا د ماسک پواسطه د اکسیجن تطبیق د 4-6L/min په اندازه.
- I.V. normal saline ایا Ringer lactate د 20-30 drops/min په اندازه ورکول کیږي، د انپیوژن د ټول مقدار تطبیق د ناروغ د حالت سره ارتباط لري.
- د وینې د فشار د جګیدیدو لپاره Inj Dopamin 400mg او Dobutamin 250 mg سره یو ځای کیږي په 500 ml پنځه

فیصده Dextrose کې او په قلاره سره د ورید د لارې د 10-8 drops/min په اندازه ورکول کیږي.

- د زړه د بې نظمۍ په صورت باید بې نظمي په بشپړ ډول سره تداوي شي.
- که چیري د وینې شکر لوړ وي، په مناسب ډول سره دې تداوي شي.
- Heparin د ورید د لارې د I.V U. 5000-10,000 په اندازه ورکول کیږي او بیا hourly 8 S/C u 5,000 په اندازه د Thromboembolism د مخ نیوۍ لپاره ورکول کیږي.
- اوږد شاک دوه حالته ورکوي.

Acidosis : چې دا په NaHCO3 50-100 cc د ورید د لارې د drip په شکل په 30 دقیقو کې په تطبیق سره اداره کیږي.

Stress Ulcers: دا په Inj Tegament 200 mg I.V/8 hrs اندازه د stress ulcers د تداوۍ په خاطر تطبیق کیږي.

:Hypovolumic Shock

د وینې د بهیدنې، د مایع د بې دریغه بایلنې یا د رګونو د پراخ ازادیدنګ څخه زیږدنده ناکافي دموي حجم څخه سرچینه اخلي چې د نسجي خړوبونې لپاره د وینې کافي خجم کموي, په هایپوولیمیک شاک کې د اوعیو په داخلي والیم کې کمښت رامنځ ته کیږي او ورسره په زیاته اندازه بازګشت وریدې کمیږي.

اسباب:

- د مالګې او د اوبو ضایع. (د کانګو او اسهالاتو له امله) .
- زیاته خونریزي.
- سوځیدنه.

ادا ره یا **Management** :

منجمنټ یې په دوه عمده برخو باندې مشتمل دي.

1. سببي تداوي. (ذکریې په مناسب څپرکو کې ذکرشوي دي)
2. Replacement تیراپي.

- د مایعاتو ضایع د وریدي Saline انفیوژن یا د Ringer lactate,500 ml په واسطه په نیم ساعت کې صورت نیسي.
- Volume expander.
- د سوځیدو په صورت کې د پلازما تطبیق.
- د وینې د ضایع کیدو په صورت کې blood transfusion.

وریدي مایعات تر هغه وخته پورې جارې ساتو چې ناروغ د شاک څخه بهر شي.

Distributive Shock :

دا شاک په دوه ډوله دي.

1. **Anaphylactic shock**
2. **Septic Shock**

Anaphylactic Shock :

د دې ډول شاک اعراض او علایم اکثره وخت د الرژیک موادو مخ کیدو څخه وروسته په سکنډونو او دقیقو کې رامنځ ته کیږي.

کلينکي تظاهرات:

- پـه لـږو کيسـونو کـې امکـان لـري جلـدي رش، دانـې، Angioedema او لړمې (Uticaria) وليدل شي.
- ويزنګ.
- د سينې د بندوالي حس.
- د ګيډې دردونه.
- زړه بدوالی.
- د خنجری پړسوب، چې شايد پـه سـتونې کـې Lump پـه شـکل ښکاره شي.
- ډېر شديد واقعات يې د دورانې کولپس په شکل وي.

Management::

- Inj Adrenalin 0.5ml I.M د عکس العمل د شدت په اساس
- Inj phenergan 25mg I.V. slowly يـا Inj Diphenhydremin(Benedryl) 20 mg I.V slowly .
- Inj Hydrocortison 200mg I.V د نـاروغۍ د شـدت پـه اساس. 15 دقيقو کې تطبيق شي.
- Volume expansion د 500-100 ml مايعـاتو سـره پـه 1-2 ساعتو کې.
- Inj Tegamet يا Zantac د وريد د لارې.

- په شدید تنفسي خطرناکو کیسونو کې tracheostomy اجرا کیږي.
- ناروغ د 24-6 ساعتو لپاره په روغتون کې ساتو، ځکه چې ځینې وخت د ناروغۍ اعراض دوباره واقع کیږي چې ورته Bi-phasic reaction وایي.
- 100% O2 5 L/min د ماسک په ذریعه ورکول کیږي.

سیپټک شاک

(Septic (bacterial) Shock

هغه وخت رامنځ ته کیږي ،کله چې په زیات شمیر ګرام منفي یا ګرام مثبت او یا دواړه بکتریاوي د وینې جریان ته داخلې شي، چې امکان لري ناروغ پکې شاک ته ولاړ شي.
ګرام منفي بکتریمیا اکثره وخت د هظمي سیستم د جراحي عملیات څخه وروسته E.Coli او Psudomonas معمول مایکرواوګانیزمونه دي چې د ګرام منفي شاک د رامنځ ته کیدو لپاره لاره برابروي. ګرام مثبت بکتریمیا په ثانوي ډول د مفاصلو او د سینې د انتاناتو یا د cellutitis drug abuse ، د ولادت وخت انتانات او د انتاني سقط له امله منځ ته راځي.
Septicamia یاَ SIRS (systemic inflammatory response syndrome)

هغه وخت تشخیص کیږي کله چې د لاندې تظاهراتو څخه دوه یا زیات موجود وي.

1. حرارت د 38C څخه زیات وي او یا د 36C څخه کم وي.
2. ټکي کارډیا .
3. تنفسي ضربان 20/min څخه زیات وي.
4. د Wbc 12000/cmm څخه زیاته وي.

مساعد کوونکي فکتورونه:

- سوئي تغذي.
- د عمرزیاتوالی.
- یوریمیک او د ځګر ناروغی.
- کم معافیته ناروغان.
- ستیراید تیراپي.
- سایټوټوکسیک تیراپي.

کلینکی لوحه:

- د septic شاک حمله شاید د لړزی په شکل وي.
- په کمو واقعاتو کې ناروغ امکان لري لوړه درجه تبه ولري او یا په ځینو کیسونو کې شاید د عمر په زیاتوالی سره ناروغ نارمل یا د نارمل څخه ښکته تبه ولري.
- اطراف یې یخ وي.
- ناروغ پریښانه او د کوما په خالت کې وي.

- Oliguria موجوده وي.
- هایپوټینشن د **Slow** والیم سره.

: Management

- د وینې د بشپړ معایناتو لپاره د وینې د سیمپل اخیستل.
- په هغه صورت کې چې pus, boli او یا د بستر زخم وي د کلچر د sensitivity لپاره سواب اخیستل کیږي.
- باید ناروغ ته وریدي Canula ولګول شي.
- د وینې د سیستولیک فشار د ښه کولو لپاره او اد د ادرارو د 30 ml/hour لپاره باید پلازما یا Dextrose 5% د حالت د شدت په اساس تطبیق شي.
- که فشار نارمل ته رانغي، نو په دغه صورت کې وریدي Dopamine جمع dobatamine ورکول کیږي چې تشریح یې په کارډیوجینیک شاک کې شوي ده.
- د Stress ulcer لپاره Inj Tegamet(Zantac) I.V/12 hourly .

انټي بیوټیک:

زیاتره د ښار څخه بیرون په اطرفي ساحو کې په روغتونونو کې د کلچر او د حساسیت لپاره اسانتیاوي کمې وي، نو په دغه صورت کې لاندې درملو کارول اړین دي.

- Benzyl penecilline 20 lakh unite/6 hourly .
- Getacine 80 mg 8 hourly په اندازه ورکول کیږي، که چیرې د وینې Urea لوړه وه ډوز یې کمیږي.

- I.V Flagyl 500 mg/8 hourly .

د حالاتو په مطابق د لاندې درملو کارول هم ډېر اړين دي خو قيمته دي.

- Inj Rocephine 2 Gm/1-2 times/day
- Inj Amikacin, 500 mg/B.D.I.V.

Hypertensive Encephalopathy

تشخيصيه ټکې:

ناروغ امکان لري د لاندې ناروغيو څخه د يوې ناروغۍ تاريخچه ولري.

- د وينې لوړ فشار.
- د پښتورګو ناروغي.
- **حمل (په ښځو کې).**

اعراض او علايم:

- *ناروغ شديد د سر درد لري.*
- *استفراقات موجود وي.*
- *ناارامه وي.*
- *امکان لري* ناروغ جټکې هم ولري.
- ښايي اختلاجات هم موجود وي.
- په ځينو پېښو کې يې ناروغ سرګنګسي هم لري.
- يو اندازه ناروغان پکې د شاک حالت ته ځي.

کلینکي علامې:

- ناروغ امکان لري بې هوشه وي
- محراقي نیورولوجیک علایم موجود وي.
- د وینې فشار 210/110 څخه زیات وي.
- نبض سریع وي.

اداره(Management) :

د وینې فشار باید په تدریجي ډول سره ښکته شي.
د وینې د فشار د ښکته کولو لپاره د لاندې مراحلو څخه کار اخیستل کیږي.

1) Cap. Nifedipine (Adalat) 3-5 drops د ژبې لاندې، امکان لري وروسته د 2 ساعتو څخه بیا هم تکرار شي ، که چیرې د وینې سیستولیک فشار 200 یا ډیاستولیک فشار 110 وو د دې څخه زیات ډوز باید اضافه نه شي، ځکه کیدای شي چې په ناڅاپي ډول سره د وینې فشار وغورځیږي، چې په دې سره CVA یا قلبي احتشا رامنځ ته کیږي.
محفوظه لاره یې دا ده چې ناروغ کیپسول وجوي او بیا یې تیر کړی.

2) Tab Capoten (25.mg) نیم ټیبلیټ د ژبې د لاندې.

3) Inj. Lasix 40 mg. IV سمدلاسه، دا امکان لري چې وروسته د 4-6 ساعتو څخه د 20 mg I.V بیا تکرار شي.

Pulmonary Embolism

کلینکی تظاهرات:

- وروسته د 2-1 هفتو د عملیات څخه په ناڅاپي ډول سره د سینې درد.
- ټوخې سره د Haemoptysis او شدیده سالنډي موجوده وي.
- امکان لري ناروغ collapsed وي.
- محیطي سیانوزس.
- ټکي کارډیا.
- ټکیپنیا.
- Right ventricular heave .
- د ښې بطین عدم کفایه علایم موجود وي.
- د جګولر وریدې فشار لوړ وي.
- امکان لري Pleural rub موجود وي.

Risk فکتورونه:

1) د ډېر وخت لپاره په بستر کې استراحت کول.
2) Malignancy
3) د اورل د لارې د حمل ضد درملو استعمال.
4) د Pelvis جراحي عملیات.

X-ray Chest: :

د سینې اکسرې به لاندې علایم لري.

- په کوستو پیرینک انګل کې پلیورل افیوژن.

- په نیمګړتوب سره به demarcted wege- shaped area به موجود وي.

:E.C.G.

امکان لري ایلکټرو کارډیو ګرام لاندې تغیرات په ګوته کړي.

- د Right bundle branch block تظاهرات.
- Right axis deviation. د مثال په ډول S wave په Lead 1 او Q wave په Lead 3 کې څرګندیږي.
- په Lead V1-3 کې په T wave inversion وي.
- امکان لري sinus ټکې کارډیا هم موجوده وي.

په هرحال د یوه نارمل ECG موجودیت فلمونری ایمبولیزم د نه موجودیت قطعی تشخیص نه په ګوته کوي.

: Investigation

لاندې پلټنې ترسره کیږي.

- . Blood uria
- . Electrolytes
- Prothrmbin time
- PTT
- INR
- ABG . په دې کې به PO2L ښکته وي.

اداره **(Management) :**

- **Inj. Morphin 5-10 mg I.V** او ورسره د کانګو ضد درمل لکه **Inj plasil .**

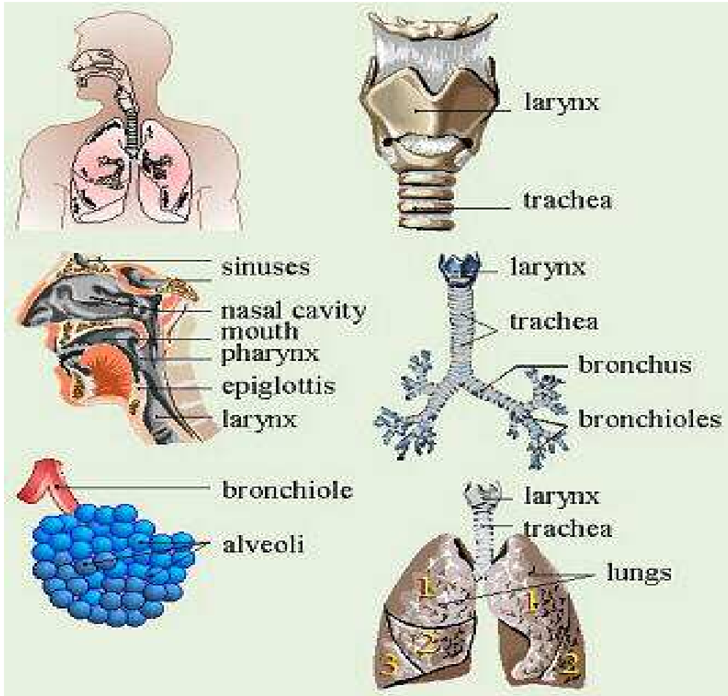
- د **4-6 litre/min** په اندازه د اکسیجن تطبیق.
- د هایپوټینشن تداوی باید اجرا شي،
- **Inj. Heparin 5,000-10,000 unit I,V** سمد لاسه.

Deep Veins Thrombosis (DVT)

- په حقیقي کیسونو کې بې ناروغ د زیات وخت لپاره د استراحت تاریخچه لري.
- ناروغ د پونډۍ د **Tenderness** څخه شکایت کوي.
- د پښو پړسوب موجود وي.

اداره(**Management**) :

- ناروغ ته کریپټ بنداژ توصیه کیږي.
- Inj Heparin 5,000 units I.V سمدلاسه بیا 5,000 units/8 hourly .
- Anti-inflamatory agents لکه NSAID
- د مناسبو انتي بیوتیکونو استعمال.



د تنفسي سيستم ناروغي

Respiratory System Diseases

خود بخودي نوموتوراکس

Spontaneous pneumothorax

په پلورایي فضاکې دخود بخودۍ هوا راټولیدلو ته یې وایې ، چې له هوا ډکه پلیورایي فضاجوړوي هواکېدای شي پلورایي جوف ته د سینې له دیوال ، میدیاستینوم ، حجاب حاجز او دحشوي پلورا له څیري کیدو ورشي.

تشخیصیه ټکي:

1. ناروغ امکان لري د پخوا څخه ...
   - توبرکلوز.
   - سابندي.
   - د سږو مزمنه ځنډنۍ ناروغي.

ولري.

په لږو واقعاتو کې امکان لري ناروغ د سینې د ترضیض تاریخچه ولري. په هرصورت په نارمل شخص کې هم Spontaneous pneumothorax رامنځ ته کیدای شي.

2. ناروغ د لاندې اعراضو څخه شکایت کوي.
   - ناڅاپي سالنډي.
   - د سینې درد.
   - امکان لري کانګې هم وي.

کلینکي معاینه:

- ناروغ به شدیده سالنډې لري.
- امکان لري سیانوزس هم موجود وي.
- شاید د غاړې د وریدونو پراخوالی هم ولیدل شي.
- د وینې فشار به ښکته وي.
- نبض به سریع وي.

د سینې معاینه;

- په ماوفه برخه کې به د سینې حرکت محدود وي.
- Trachea به مقابل طرفه ته ټیله شوي وي.
- په ماوفه برخه کې به Hyper-resonant وي.
- په ماوفه کې به تنفسي اوازونه کم وي.

Investigation

1. X-ray chest

که چیري د tension pneumothorax شکي و ، نو بیا تداوي یې بغیر د پلټنو څخه شروع کیږي، چې دواړه د Inspiration او Expiration څخه وروسته د پلیورا په جوف کې د هوا موجودیت ښکاره کوي.

Management :

- که چیري ناروغ شدیده سالنډې ولري، ناروغ په Propped up position باندې اچول کیږي او اکسیجن د 3-4 L/min په اندازه تطبیق کیږي.
- هوا سم د لاسه د 14-16 G پراخه نیډل پواسطه ویستل کیږي، وروسته د جلد د غوڅولو د لارې Polythene tube د 2nd

intercostals space په mid-axillary کې تیریږي او د دهغې بوتل سره چې او به لري ایښودل کیږي، ترڅو په پلیورا کې د هوا موجودیت او نه موجودیت په ګوته کړي.

- د انتان په خاطر ناروغ ته انتي بیوتیک توصیه کیږي.
- سببي تداوي یې وشي لکه د توبرکلوز، سابندي او یا نور.

Status Asthamaticus
Sever COPD
Corpulmonale

کلینکي معاینه:

- په ناروغ کې سالنډي موجوده وي او کومکي تنفسي عضلات پکې ډېر فعاله وي.
- کیدای شي په تفتیش سره Barrel shaped سینه وي او په اصغاء سره Hyper-resonant وي.
- ویزنګ د اوریدو قابل وي.
- امکان لري سیانوزس وي.
- د سینې اصغاء rhonchi په ګوته کوي.
- په ځینو پېښو کې basal crepts هم موجود وي.
- د JVP لوړوالی، Hepatomegaly او feet Oedma کارپلمونل په ګوته کوي.

د لاندې تضاهراتو پواسطه سره يې د حملاتو د شدت قضاوت کيږي.

- د جملې د بشپړولو ناتوانايي.
- نبض به د 110/min څخه زيات وي.
- تنفسي rate به د 25/min څخه زيات وي.
- PEF د 33-50% په اندازه وي.

ژوند تحديدونکی تظاهرات يې په لاندې ډول دي.

- خاموشه سينه.
- سيانوزس.
- بريډيکارډيا.
- ستومانتيا.
- **PEF** د **33%** څخه کم وي.
- ګډوډتيا.

نوټ: د Cardiac asthama او bronchial asthma تفريقي تشخيص د CCF په چپټر کې ذکر شوي دي.

: X-ray

د سينې اکسري امکان لري د Emphysema علايم څرګند کړي د بيلګې په ډول، د translucency, زياتوالی، small tubular heart shadow، wide intercostals spaces او low flat di\ aphragm

: Management

i.د 4-6 L/min په اندازه د اکسيجن تطبيق.

ii. Inj Solurcortef 200 mg I.V

iii. Ventoline nebuliztion

iv. Iprtropium bromind 250-55 microgram په Saline 30 ml کې په 20 دقیقو کې nebulized کیږي، د ښه ځواب ورکولو لپاره دا درمل د Ventoline سره. Iprtropium bromind امکان لري په یو ساعت کې دوه ځلي تکرار شي.

v. 250 **Inj Aminophylline** په 100 ml پنځه فیصده Dextrose کې منحل کیږي د I.V infusion په شکل د 20-30 دقیقو په موده کې تطبیق کیږي، بیا 250 Inj Aminophylline په 500 ml د پنځه فیصده Dextrose کې ګډیږي او په 8 ساعتو کې د وریدې drip په شکل ورکول کیږي.

vi. د Corpulmonale په صورت کې Inj Lasix 20-40 mg I.V تطبیق کیږي.

vii. که چیري د ناروغ عمومي وضعه ښه نه وه Inj Adrenaline 0.3 ml S/C تطبیقیږي.

Severe Respiratory Tract Infection

د تنفسي لارې شدید انتان په لاندې حالتونو باندې مشتمل دی.

- **Tonsillitis**
- **Phyryngitis**
- **Bronchitis**
- **Pneumonia**

کلینکي معاینه;

- حرارت لوړ وي.
- مرۍ **Congested** وي.
- ټانسلي امکان لري غټ او پړسیدلي وي.

که چیرې ښکتنۍ تنفسي لاره پکې شامله وه، لاندې کلینکي ځرګندتیاوې به موجودې وي.

- شاید تنفسي اوازونه نارمل وي.
- د Bronchopneumonia په صورت کې به برانکو واسکولر تنفسي اوازونه موجود وي.
- د لوبر نمونیا په صورت کې به Bronchia breathing موجود وي.
- امکان لري ronchi,crepts موجود وي.
- د پلیورل رب موجودیت د پلیورا التهاب په ګوته کوي.

پلټنې:

د وینې معاینات.

- د وینې معاینات به Leucocytosis په ګوته کړي، که چیري لیوکوسایټوزس موجود نه و، نو بیا به انتان د وایرس له امله وي.

X-ray chest:

- د برانکو نمونیا په صورت کې به پکې Patchy consolidation ولیدل او کله چې لوبر نمونیا وه نو بیا به په ماوفه برخه کې Homogenous opacity موجوده وي او د Bronchitis صورت کې به په اکسرې کې کوم تغیر نه لیدل کیږي

Management :

1.ناروغ باید ارام وکړي.

2.مناسب انتي بیوتیک استعمال شي.

3.د درملو د لاندې رجیم څخه یو توصیه کیږي.

- **Cap. Ampicillin 250-500 mg QID for 5-7 days**
- **Tab.Septran BD. For 5-7 days**
- **Tab. Erythrocin 250-500 mg TDS for 5-7 days**
- **Cap.Amoxil 250-500 mg.TDS for 5-7 day**
- **Cap. Tetracycline 250-500 mg.QID for 5-7 days**

که چیري انفکشن شدید و نو بیا پورتنې درمل د انجکشن په شکل ورکول کیږي.

همدارنګه Ampiclox یا Cephalosporin(Ceporax or Keflex) هم کارول کیږي.

که چیري د ګرام منفي انفکشن په اړه شک و، نو بیا د پورتنې درملو سره یو د لاندې درملو څخه استعمالیږي.

- **Inj. Gentamycin 40-80 mg. IM BD for 5-7 days**
- **Inj. Kencin 500mg. IM BD for 5-7 days**
- **Inj. Nebcin(tobramycin) 80 mg. TDS I.V./IM**

اعراضي تداوي:

- د وچ ټوخي لپاره د شربت هغه قسمونه چې **Pholcodin** ولري استعمالیږي.
- د بلغمو د صفاکولو لپاره د شربت هغه قسمونه چې **Ammonium chloride** ولري د **Mucolytic** درملو سره لکه **Bislvon** یو ځای ورکول کیږي.
- د قصباتو د سفزم لپاره **Bronchodialator** لکه **Aminophylline** یا **Ventolin** استعمالیږي.
- د تبې لپاره **Tab Paracetamol** استعمالیږي.

وقایوي تداوي:

- د مایعاتو تطبیق.
- په نوبتي ډول سره د اکسیجن تطبیق.

Pleural Effusion

تشخیصیه ټکي:

امکان لري ناروغ د پخوا څخه د لاندې ناروغیو څخه یوه ناروغي ولري.

- توبرکلوز.
- د زړه احتقاني بې کفایتي.
- نیپروټیک سندروم.
- د ځګرسیروزس.
- سرطان.

په پلیورل ایپیوژن کې ناروغ په خاص ډول سره نفس تنګۍ څخه شکایت کوي، د پلیورا د التهاب په صورت کې د سینې درد هم وي، همدارنګه ټوخې او تبه یې ډېر پیښیدونکې شکایات دي.

د اسبابو په اساس امکان لري نور تظاهرات لکه Odema, ascites هم موجوده وي.

سینې معاینه:

په تفتیش او جس سره به د ماوفې برخې حرکات کم وي.

پلټنې:

د سینې اکسرې به په یوطرف او یا شاید په دواړو طرفونو کې translucent homogenous opacity په ګوته کړي،نورې پلټنې د پلیورل ایپیوژن د سبب په اساس صورت نیسي.

Management :

بې له دې چې سبب یې په نظر کې ونیول شي، د ناروغ د ارامولو لپاره پلیورل ایفیوژن aspirate کیږي.

Haemoptysis

کلینکي تظاهرات:

i. امکان لري ناروغ د پخوا څخه د هېڅ یوې ناروغۍ تاریخچه ونلري.

ii. شاید ناروغ د تنفسي لارې انفکشن ولري د مثال په ډول لکه توبرکلوز.

iii. نمونیا، سږو ابسې، او د قصباتو د التهاب پېښې امکان لري Haemoptysis د نورو کلینکي تظاهراتو سره ولري.

iv. برانکوجینیک Carcinoma د Haemoptysis لپاره یو مهم سبب دی.

v. د پورتنۍ تنفسي لارې انفکشن یو اندازه پیښې وینه لرونکی بلغم لري.

د ناروغ معاینه د Haemoptysis د سبب په معلوملو کې ډېره مرسته کوي، د مثال په ډول لکه د ستونې معاینه، د تنفسي سیستم معاینه او د قلبي وعائي سیستم معاینه.

تفریقي تشخیص:

- تفریقي تشخیص یې باید د Haemetemesis سره وشي.

پلټنې:

- X-ray chest
- ECG

کــه چیـــري تشـــخیص وضـــع نـــه شـــو Bronchoscopy او Bronchography استطباب لري.

د وینــې د Clotting profile د خـونریزۍ د نـاروغیو لپـاره اجـرا کیږي.

: Management

- **5% dextrose drip** ناروغ ته ورکول کیږي.
- **Inj Transamine I.V** د بلیډنګ د کنټلو لپاره تطبیق کیږي.
- نــاروغ د خفګــان او نــاارامۍ څخــه د ویســتلو پــه خــاطر **Diazepam** توصیه کیږي.
- اعراضي تداوي باید اجرا شي لکه

د ټوخي لپاره **Pholcodine** لرونکی شربت.

د درد لپاره **Tab. Paracetamol** یا **Ponstan**.

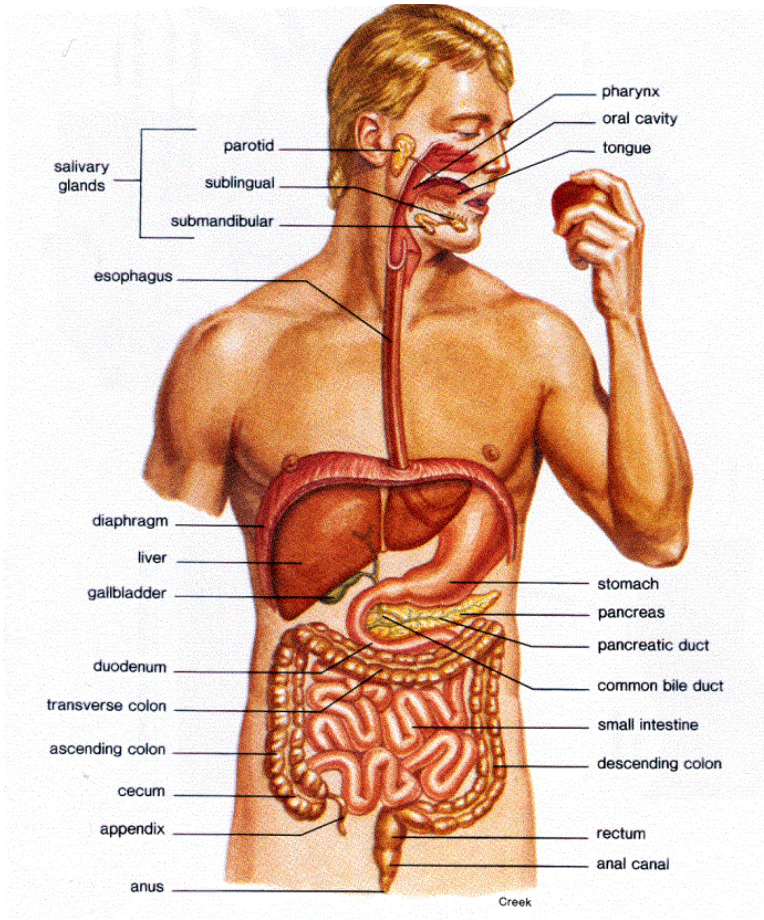
د انتان لپاره باید مناسب انتي بیوتیک توصیه شي.

- خاصه تداوي.

که چیري فلمونری توبرکلوز یې سبب و ، نو ناروغ ته د توبرکلوز ضد درمل ورکول کیږي.

د مټرال د سام د تضیق په صورت کې قلبي جراحي صورت نیسي.

د برانکوجینیـک **Carcinoma** پـه صـورت کـې نـاروغ تـه مـوقتي تداوي توصیه کیږي.



د هضمي سیستم ناروغي

Diseases of GIT

وينه لرونكې كانګې

(Haematemisis)

Haematemisis په كانګو كې د وينې موجوديت ته وايي، چې شايد رنګ يې ، روښانه سور او يا د كوفي په شكل وي، امكان لري **Melaena** هم موجود وي، ميلانا په غايطه موادو كې د وينې موجوديت وايي، چې غايطه مواد تورنګه او بوی ناك وي.

اسباب(**Causes**) :

- معدې زخم (**Peptic ulcer**) .
- ګيسټريک ايروژن.
- د **NSAID, Steroid, Aspirin** درملو كارول.
- **Oesophageal varices** .
- د معدې سرطان.
- **Mallory-Weiss Syndrome**
- د ډوډونم التهاب.
- د مرۍ التهاب.
- د خونريزۍ ناروغي.

كلينكي علايم:

- ناروغ خاسف معلوميږي.
- په زياته اندازه خولې چې دغه خولې په خپل وصف كې يخې اوي.

- نبض سریع وي، یانې د **100/min** څخه زیات وي.
- د وینې فشار ښکته وي.
- زیات وینه بهیدنه شاید شاک رامنځ ته کړي.
- ادرارو اندازه د **30 ml/hour** څخه کمه وي.
- که چیري وینه بهیدنه د **Oesophageal varices** څخه وي، د ځګر د سیروزس تظاهرات به موجود وي لکه **ascite** او **Splenomegaly**.
- د **epigastrium** په ناحیه کې کتلې موجودیت د معدی سرطان په ګوته کوي.

اداره(**Management**) :

پرته له ملاحظي د سبب څخه سمدلاسه لاندې کړنلارې ترسره کیږي.

- د ناروغ د خپو طرف بستر باید پورته شي.
- کینولا باید تیره شي.
- وینه، پلازما، **Normal saline** یا پنځه فیصده **dextrose drip** سمدلاسه تطبق شي.
- **Inj. Tranexamin acid 1Gm/6 hourl I.V for 48 hour** .
- د کانګو ضد انجکشن (**Maxalon or plasil**) استعمال شي.
- حیاتی نښې لکه نبض، د وینې فشار او تنفس کنټل کیږي، د نبض د اندازی لوړوالی(**more than 100/min**) د تنفس د اندازی لوړوالی او د وینې د سیستولیک فشار ولیدل یا ښکته کیدل (**less than 100/min.Hg**) جاری خون ریزي په ګوته کوي.

- اکسیجن تطبیق د **Cerebral anoxia** لپاره.
- د وریدی معایعاتو په واسطه د ډیهایډریشن کنټرول.
- وروسته د پورته اقداماتو د فعال خون ریزۍ او د شاک څخه ، د تشخیص د وضعه کولو لپاره لاندې کړنلارې باید ترسره شي.

تشخیصیه ټکي:

- د **Aspirn,NASID** او د **Steroid** تاریخچه د معدې زخم په ګته کوي.
- د الکولـــو د اســـتعمال تاریخچـــه د معـــدې التهـــاب، ځګرسیروزس او د پانقراس التهاب په ګوته کوي.
- د **Epigastrium** پـــه ناحیـــه کـــې درد د **dyspepsia** ، د زړه سوخت، د **Peptic ulcer** او **Oesphagitis** څرګندوي.
- د ګیـډې پـه ناحیـه کـې **Mass** ، ګـانګي او د وزن ضـایع ملګنینسي په ګوته کوي.
- د په تېر وخت کې د زیړی تایخچه د ځګر سیروزي ناروغي په ګوته کوي.

پورتنې ټول تظاهرات شاید د میلانا سره وي او یا نه وي.

پلټنې(**Investigation**) :

د تشخیص د لاس ته راوړلو په خاطر لاندې پلټنې ترسره کیږي.

- بیړنۍ اینډوسکوپي د وینې د منبع د معلومولو په خاطر لکه **Peptic ulcer,oesophageal varices or malignancy** . که چیري ملګنینسي په اړه شک و بایوپسي اخیستل کیږي.

- Barium meal اکسرې اخیستل.
- د ځگرد وظایفو معاینات (LFT)

خاصه تداوي:

: Peptic Ulcer

- **Inj. Tegamet (200 mg.TDS or Zantac (150 mg.-B.D.)**
- **Antiacid suspention 3 TSF,4 hourly**
- که چیري خون ریزی بنده شوه نو بیا ناروغ ته یخې شیدی یا یخ جوسونه ورکول کیږي.

: Oesophageal Varices

دا د پورټل هایپرټینشن په نتیجه کې رامنځ ته کیږي او د **Portal hypertention** تر ټولو مهم لامل د ځگر سیروزس ناروغي ده، نور اسباب یې په لاندې ډول دي.

- **Budd-Chiary syndrome**
- د ښې زړه عدم کفایه.
- د پیریکارډ التهاب.
- وریدی بندشي ناروغي.

د **Oesophageal Varices** د ټولو څخه عمده سبب **Liver Cirosis** دي نو د پورتني هضمي سیستم په خون ریزۍ کې د ځکر د سیروزس ناروغۍ کلینکی تظاهرات باید وکتل شي لکه حبن، د ینې غټوالي او شاید زیړی هم وي ،

Oesophageal Varices کې لاندې معاینات ترسره کیږي.

وينه بايد د لاندې معايناتو لپاره لابراتوار ته وليږل شي.

- PT
- PT1
- INR
- LFT
- Electrolytes
- Blood Uria
- Creatinine
- Blood group
- Cross matching

غذائي تسمُم

Acute Gastro-Enteritis
(Food Poisoning)

غذايي تسمُم امکان لري چې د لاندې عواملو لامله رامنځ ته شي.

- د ملوث شوو خوراکي توکو استعمال.
- د بکتريا يا د وايرس پواسطه د هضمي سيستم انتانات.
- د کيمياوي موادو (لکه **As, Mg, Ph** اويا نور کيمياوي زهري توکي لکه **insecticides** او داسې نور.

تشخيصيه ټکي:

- د ناروغ څخه د کيمياوي توکو، ملوث غذائي موادو او د درملو په اړه تاريخچه اخيستل کيږي.

- که چیري په یوه کورنۍ کې له یوه شخص څخه زیات خلک په تسمُم اخته وو نو بیا د انتان منشا د غذا یا د اوبو څخه ده، کلورا هم باید له نظره ونه غورځول شي.
- د غذائي تسمُم سببي عاملین چې په غټو پیدا کیږي زیاتره یې عبارت دي له **Salmonella, Clostridia, staph or strpto** .
- له سبب له نظره د اوړی اسهالات زیاتره د وایرس له امله وي.
- هغه شخص چې له یوه یخ ځای څخه ګرم ځای ته سفر وکړي او اسهال ورته رامنځ ته شي سبب یې نه دی معلوم چې دغه اسهال د **Travellers diarrhea** په نامه سره یادیږي.

اعراض او علایم:

- په زیاتره پېښو کې یې د اسهال او کانګو شروع د **3-4** ساعته وروسته د ملوث غذا د خوړلو څخه صورت نیسي او په ځینو کې پېښو کې کیدای شي چې وروسته د **8-12** ساعتو څخه رامنځ ته شي.
- ناروغ ګیډې درد لري چې دغه درد په کانګو سره تعقیب کیږي.
- ناروغ اسهالات لري، چې اوبلن شکل لري او وینه او میوکس پکې هم کله ناکله موجود وي.

کلینکي علایم:

- تبه موجوده وي.
- نبض سریع وي.
- امکان لري د وینې فشار ښکته وي.

- د ډیهایډریشن علایم موجود وي.

ادار ه(Management) :

- ناروغ ته په نوبتي ډول سره dextrose ورکول کیږي.
- د ګیډې د درد لپاره د ورید د لارې سپزمو لایتیک انجکشن تطبیق.
- که چیرې درد په جاری ډول سره وه نو په دغه صورت کې سپزمولایتیک انجکشن په وریدی ډریپ کې ګډ یږي.
- د کانګو په خاطر ناروغ ته Maxalon نجکشن ذرق کیږي.
- په هغه صورت کې چې د gastro-enteritis سبب واضح نه وي، امکان لري چې antiamoebic درمل لکه Metronidazole(Tab Flygl 400 mg TDS استعمال شي.
- په جریان د عاجلي تداوی کی ناروغ ته اوبلن خوراک ورکول کیږي.
- که چیري ناروغ ته تسمم د کیمیاوي موادو له امله رامنځ ته شوي و د ناروغ معده وینځل کیږي(Stomach Wash) .
- که چیري ناروغ په شاک کې و د شاک تداوی ورته شروع کیږي.

د اپینډکس حاد التهاب

(Acute Appendicitis)

تشخیصیه ټکې:

- درد په شروع کې د **Umbilical** د ناحیې په شا و خوا کې وي ، وروسته درد په **Right iliac fosa** کې جس کیږي.
- په زیاتر پېښو کې ورسره ګانګې او تبه موجوده وي.
- په لږو پېښو کې ورسره اسهال او ډیس یوریا موجوده وي.

کلینکې علایم:

- تبه.
- ناروغ د درد له امله ډېر ناارامه وي.
- **Rebound tenderness**.
- که چیرې ناروغ وروسته د **48** ساعتو څخه راغي امکان لري په **Right iliac fosa** کې یوه کتله جس شي.
- د **Pelvic appendicitis** په صورت کې په جس سره **Tenderness** موجود وي.

پلټنې(**Investigation**) :

د وینې معاینات:

- په زیاته اندازه د **WBC** زیاتوالی(**Leucocytosid**) .

اداره(Mnnagment) :

- که چیري د ناروغ ۲۴ ساعته شوي وباید د جراحې لپاره چمتو شي او که چیري ناروغ وروسته د ۴۸ ساعتو څخه راغلي و نو بیا لاندې مراحل طي کیږي.
- I.V مایعاتو تطبیق.
- د انتي بیوتیکونو تطبیق.
- ناروغ ته د درد لپاره analgesic نه ورکول کیږي.
- که چیري ناروغ مخ په ښه کیدو و تداوی جریان مومي او که د جراحی عملیات لپاره چمتو کیږي.

Paralytic Ileus
Intestinal Obstruction
(Abdominal distension)

تشخیصیه ټکې:

- ناروغ امکان لري د پخوا څخه **Diabetic ketoacidosis** ولري.
- د زیاتو کانګو یا د اسهالاتو تاریخچه د **Hypokalaemia** په ګوته کوي.
- په زیاتې اندازې سره د **Anticholinergic** درملو استعمال **Paralytic ileus** رامنځ ته کوي.

اعراض;

- د ګیډې کولیکی درد.
- د ګانګو موجودیت.
- سخت قبضیت موجودیت.

کلینکي علایم:

- ناروغ امکان لري ډیهایډریټډ وي.
- ګیډه پراخه او دردناکه وي.
- په اصغاسره **Bowel sound** موجود نه وي.

پلټنې(**Investigation**) :

د ګیډې په **Plain** اکسری کې به لاندې تغیرات ولیدل شي.

- **Multiple fluid levels**
- پـه وړو کولمـو کـې او خـاص کـر پـه غټـو کولمـو کـې بـه **Gas shadows** موجودیت.

اداره(**Mangment**) :

- ناروغ باید **NPO** شي.
- د **Aspiration** په خاطر باید **Nasogastric tube** تیر شي.
- د وریدی مایعاتو تطبیق.
- پوتاشیم (**20 , m, mol**) پـه **1L 500** د **5% dextrose** کـې ګډېږي او د ورید د لارې په څلورو ساعتو کې ذرق کیـږي پـه هغـه صورت کې چې د **Hypokalemaia** په اړه شک موجود و.
- د ګانګو د مخنیوی لپاره **Inj Maxolan** .

- د قبضیت د منځه وړلو لپاره ناروغ ته باید **Enema** ورکول کیږي.
- سببي تداوی باید اجرا شي.

د پانقراص حاد التهاب

Acute Pancreatitis

تشخیصیه ټکي:

ناروغ کیدای شي د لاندې ناروغیو څخه د یوې ناروغۍ تا ریخچه ولري.

- صفراوي تیګې.
- بیلري کولیک.
- د الکولو استعمال.
- هایپرلیپیډیمیا.
- هایپرکلسیمیا.
- د ګیډې ترضیض.

ناروغ د پورتنیو سببونو څخه بغیرهم د پانقراص حاد التهاب درلودلی شي.

اعراض:

- اکثره وخت ناروغ د شاک په حالت کې وي.
- ناروغ د کانګو او د ګیډې د پورتنۍ برخې د شدید درد تاریخچه لري.
- امکان لري درد د **Umblical** شاوخوا ته وي، چې بیا ملا ته انتشار کوي او چې کله ناروغ کښیني درد ارامیږي.
- نبض د کم والیم سره سریع وي.
- د بطن په دیوال کې سختوالی موجود وي.
- په ځینو پېښو کې یې د ګیډې سختوالی د جس کیدو قابل وي.
- زیړی موجود وي.
- په اضغا سره باول ساونډ شتون نه لري.

Investigation (

- **Serum amylase :**

په څرګند ډول سره لوړ وي د مثال په ډول د **U 1000** څخه زیات لوړ وي، په نږدې **24-48** ساعتو کې یې بیرته ښکته کیدل شروع کیږي.

- لیوکوسایټوزس موجود وي.
- کلسیم اندازه ښکته وي.
- امکان لري هایپوګلایسیمیا هم شتون ولري.
- د ګیډې پلین اکسرې د **Paralytic illeus** علایم په ګوته کوي د بیلګې په ډول په کولمو کې **multiple fluid levels** .
- تشخیص یې په الټرا ساونډ سره وضع کیږي.

اداره (**Management**) :

- که ناروغ د شاک په حالت کې وي باید چې د شاک تداوی صورت ونیسي.
- د درد د ارامولو لپاره **Inj Pethedine** .
- د کانګو لپاره **Inj Maxolon** .
- ناروغ ته وریدی کینولا تطبیق کیږي او د مایعاتو **Overload** د مخ نیوی لپاره ورته پلازما ایکسپینډر ورکول کیږي.
- د جګولر وریدی فشار څارل کیږي او په عین وخت کې د **basal creapt** د اوریدو لپاره اضغا صورت نیسي.
- د ثانوی انتان لپاره انتی بیوتیک ورکول کیږي.
- د ورید د د لارې **Calcium gluconate 10 ml,** ورکول کیږي.
- که چیرې په څرګند ډول سره هایپرګلایسیمیا موجوده وه ناروغ ته انسولین ورکول کیږي.
- د **Hemaemesis** په صورت کې ناروغ ته **Cimetadin** یا **Rinitidin** ورکول کیږي.

Acute Cholecystitis
Biliary Colic

اعراض:

- شدید **Right hypochondrial** درد چې د کانګواو زړه بدوالی سره یو ځای وي.

کلینکی علایم:

- د **Cholecyctitis** پـه صـورت کـې تبـه موجـوده وي خـو پـه **billiary colic** کې تبه موجوده نه وي.
- **Right hypochondrial**
- په **Right hypochondrial** کې **Tenderness** وي.

Investigation) :

- په بعضو واقیعاتو کې د ګیډې پلین اکسری د پانقراس تیګو موجودیت په ګوته کوي.

اداره**(Management) :**

- ناروغ ته باید د ورید د لارې مایعات ورکړل شي.
- کـه چیـري کـانګې موجـودې وي، نـاروغ **NPO** کیـږي او **NG tube** پاس کیږي.
- د درد د ارامولو لپاره **Inj pathedine 50-100 mg** پـه اندازه ورکول کیږي.

- د استفراقاتو د مخ نیوی لپاره **Inj Mexolon** ورکول کیږي.
- د انتان د منځه وړلو لپاره باید انتی بیوتیک توصیه شي.
- که چیري د ناروغ عمومي وضع ښه نه وه د جراحی عملیات استطباب لري.

Ascending Cholangitis

تشخیصیه ټکي:

په دري فکتورونو سره پیژندل کیږي.

1. **Right hypochondrial** کولیکی درد.
2. زیړی **(Jaundice)**.
3. تبه سره د لړزې.

اداره**(management)** :

اداره یې د حاد **Colycystitis** په شان ده.

زیــــــړی

(Jaundice)

دا امکان لري د وایروسي هیپاټایټس له امله او یا د صفراوی قنات د بندوالی له امله وي.

تشخیصیه ټکې:

1. **Infective hepatitis** ، په دې کې ناروغ د تبې، د ګیډې ناارامتیا او د بی اشتهایي تاریخچه لري.

2. **Obstructive jaundice** په دې کې ناروغ د **liching** او د خاورو په شان رنګه غایطه موادو تاریخچه لري، د **Malignancy** په صورت کې ناروغ د **GIT** خون ریزۍ تاریخچه لري.

کلینکي علایم:

- زېړي موجود وي.
- ځګر غټ وي.
- د **Infective** هیپاټایټس په صورت کې ځګر هموار او نرم وي.
- د **Malignancy** په صورت کې ځګر سخت، ناهموار او **non-tender** وي.

اداره (**Management**) :

- که چیري ناروغ استفراق کولو **5%** یا **10%** د ورید د لارې **dextrose** ورکول کیږي.
- ناروغ پوه کړی شي چې هر څه چې یې خوښه وي ونه یې خوري، خاصتاً خواږه شیان.
- ناروغ ته باید د ورځې د **2-4** ګیلاسه خوږ شربت ورکړل شي.
- د زیړي په صورت کې ناروغ باید ارام وکړي.

Fulminant Hepatitis

کلینکي تظاهرات:

- په لړو ورځو کې په دغه حالت کې د ناروغ وضعه بغیر د درلودلو د زیړی څخه خرابیږي.
- ځګر په ناڅاپي ډول سره خپل فعالیت له لاسه ورکوي او ناروغ نیمه بې هوشه وي.
- د **Hepatic failure** نور تظاهرات پکې موجود وي.
- امکان لري **Babinskis sign** پکې لوړ وي.

لابراتواری معاینات:

- هایپوګلایسیمیا.
- په څرګند ډول سره د سیروم **transaminase** لوړوالی.
- د **prothrombine** د وخت اوږدوالی.

اداره(**management**) :

د **Hepatic failure** منجمنټ وګورئ.

حبن :

(Ascites)

د ګیډې په خالیګاه کې د مایعاتو جمع کیدو ته حبن یا **Ascites** وایي.

اسباب(Causes) :

1. ځګر سیروزس (**Liver cirrhosis**) .
2. د پیریټونیم توبرکلوز.
3. د ګیډې د غشا **Malignancy** .
4. **Hypoproteinaemia**.
5. نیپروټیک سندروم.
6. د زړه احتقاني بې کفایتي.

تشخیصیه ټکې:

د **Ascites** اسباب په ذهن کې وساتئ او بیا بیلابیل تشخیصیه نقاط یې ولټوئ.

- په عین وخت کې او یا په تیر وختونو کې د زیړي موجودیت د ځګر ناروغۍ ته اشاره کوي.
- په تیر وختونو کې د فلمونري توبرکلوز تاریخچه د **peritoneum** توبرکلوز لپاره یو ښه تشخیصي نقطه ده.
- که چیري د ناروغ عمر زیات و او په څرګنده ډول سره ډنګر یا خوار و ، ښایي **malingnancy** یې تر ټولو زیات د حبن سبب وي.
- د نیپروټیک سندروم یا د اوږدې مودې د ولږې له امله **Hypoproteinaemia** اکثره وخت د عمومي اذیما په شکل موجود وي.

پلټنې:

- د **Ascites** د سبب معلومولو لپاره بايد خاصې پلټنې اجرا شي.
- **Ascitic** مـايع د معاينـاتو لپـاره ويسـتل کيـږي او هغـه هـم د لاندې درې هدفو لپاره.

1. د بکترياوي معايناتو لپاره.
2. د مايکروسکوپيک معايناتولپاره.
3. د کلچر لپاره.

د **Ascitec** مايع امکان لري ايګزوډيت وي او ټرانزوډيت وي(تفريقی تشخيص يې د پليورل افيوژن په چپټر کې ورکړل شوي دي) .

د **ascites Haemorrhagc** د ټولـو څخـه عـام سـبب **Malignancy** ده.

د **Exudative ascites** د ټولو څخه عام سبب توبرکلوز دی.

Transudate ascites د ځګر د سروزس او د زړه د احتقانی عدم کفايي د نيپروټيک سندروم له امله رامنځ ته کيږي.

اداره(**Manangment**) :

- هغـه نـاروغ چـې د **Respiratory distress** حالـت کـې وي د قايوی **Ascites** مايع ويستل پکې منع دی.
- د **Ascitec** مايع د ويستلو لپاره لاندې ميتود موجود دي.

Tapping of Ascites :

استطبابات:

1. تنفسي یا قلبي **Embarrassment** .
2. د بطن څرګنده ناارامتیا.
3. **Oligruia** چې د پښتورګو د وینې د جریان د خرابیدو په نتیجه کې رامنځ ته شوي وي.

په **Ascitec** مایع د ویستلو لپاره د ناروغ وضعت او موقیعت:

- د Umblical او د Pubic ترمنځ ساحه.
- تشې یا flank ساحه.

میخانیکیت:

- ناروغ ته ویل کیږي چې خپله مثانه تشه کړي، چې دا ډېر ضروري ده که نه امکان لري چې مثانه سوری شي.
- ناروغ په بستر کې د تکیه په شکل کینول کیږي.
- امکان لري چې د کوستل مارجن څخه لاندې یو بینډر(binder) اجرا شي، تر څو د پاراسینتیسز له امله په ناڅاپي ډول د فشار د تغیرمخه ونیسي.
- منتخب شوي ساحه باید په سپیریټ سره صفا شي.

- وروسته د لوکل انستيزيا (xylocaine 2%) څخه د ټرانزپيوژن يو wide-bored needle پيريټونييل کيويټي ته داخليږي.
- مايع په قلاره سره د يو ربړتيوبنګ پواسطه چې يو stop کارک (بوتل د بندولو لپاره د لرګي سر) لري ويستل کيږي.
- په يوه وخت کې د 3 ليټرو څخه زيات مايعات نه ويستل کيږي.
- وروسته د نيډل د ويستو څخه سورى شوي جلد په ايوډين کې د زيېبنلي ګاز پواسطه سيلډ (sealed) کيږي.
- د دغه مايعاتو نمونه لابراتوار ته د ده د کيمياوي analysis ،مايکروسکوپيک معايناتو ، کلچر او د حساسيت لپاره ليږدول کيږي.

اداره (**Management**) :

د Ascites منجمت د سبب منجمنت دی.

Hepatic Failure:

تشخيصيه ټکي:

- ناروغ به يو معلوم کيس د Hepatitis يا د Liver cirrhosis لري.
- کيدای شي ناروغ د Precipitating فکتورونو تاريخچه ولري. د مثال په ډول لکه

1. GIT خون ريزي.
2. قبضيت.

3. انتان.
4. د الکرولایټونو عدم توازن.
5. په زیاتي اندازې سره د پروټینونو اخیستل.

کلینکی علایم;

د Hepatitis د نورو تظاهراتو سره او یا د ځګر سیروزس تظاهراتو سره په لاندې کلینکی ځرګندونې موجودي وي.

- ناروغ خواشینې او ناارامه وي.
- امکان لري د کوما په حالت کې وي.
- امکان Babinski علامه پکې مثبته وي.

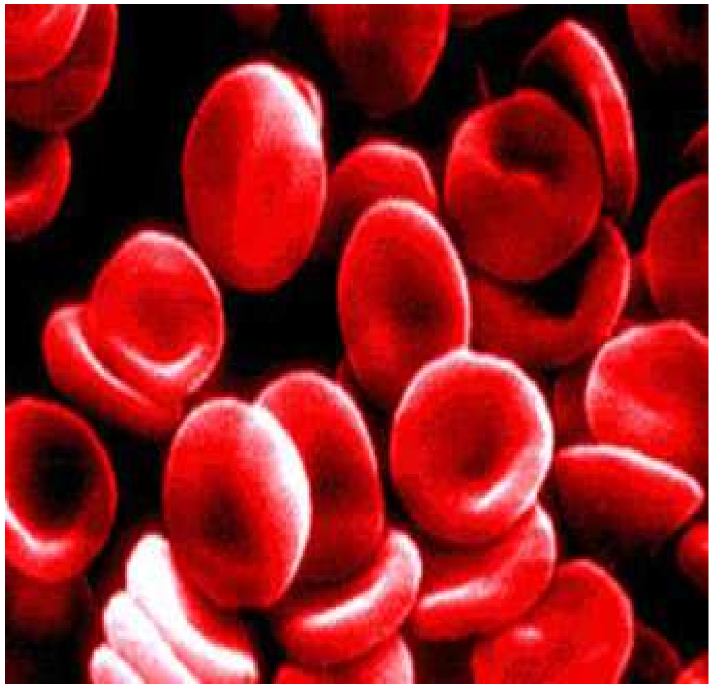
: Investgation

- Liver function test به د Bilirubin, SGOT, SGPT اندازې لوړوالی په ګوته کړي.
- سیروم امونیا لوړه وي.
- ګلوکوز کم وي.
- سیروم پوتاشیم او سودیم ښکته کوي.
- امکان لري Hepato-renal syndrome هم موجود وي د مثال په ډول په عین وخت کې د پښتورګو عدم کفایه رامنځه کیږي.

اداره (Management) :

1. Nasogastric tube تطبیق کیږي او ناروغ Catherized کیږي.
2. په لاندې شکل سره د precipitating فکتورونو تداوي صورت نیسي.

- د خون ریزۍ لپاره د oesophagial varices تداوي په تیرو ځپرکو کې ذکر شوې ده.
- د قبضیت لپاره /Lactolose (duphalac) 50 ml سمدلاسه، که چیرې ځواب یې ورنکړ enema څخه کار اخیستل کیږي.
- د وریدی د لارې Cimetidin یا Ranitidin .
- وریدی 5% یا 10% ډیکستروز واټر تطبیق.
- د پروتیني خوراکونه باید کم واخستل شي.
- په هغه صورت کې چې لکتولوز موجود نه وي روزمره د اینیما پواسطه غټې کولمې وینځل کیږي.
- په عرضي تدواۍ کې لاندې درمل کارول کیږي.
- Inj Vit. K 10 mg I.M/day
- کله چې ناروغ مخرش او ناارامه وي Diazepam 5-10 mg/day په اندازه ورکول کیږي .



د وينې ناروغي
Diseases of Blood

وینه لږي

(Anaemia)

که چېرې د سرو کرویاتو شمېر او د هېموګلوبین مقدار کم شي انیمیا بلل کیږي، انیمیا په یوه ساحه کې زیات شمېر شیوعات لري، په روغتونونو کې زیات اندازه ناروغان په مختلفو درجو د انیمیا درلودونکي دي، که چېرې د هیموګلوبین اندازه 12-8 gr/dl وي، نو ناروغ په خفیف ډول وینه لږی لري، خو که چېرته د هیموګلوبین اندازه د 5-8/dl پورې وي Modetate انیمیا او که د 5 gr/dl څخه ښکته وي شدیده انیمیا بلل کیږي.

تشخیصیه ټکې :

امکان لري یو خاسف منظره ورکونکي شخص عاجل وارډ ته د لاندې شکایتونو سره مراجعه وکړي.

- Breathelessness
- د زړه ټکان.
- اختلاجاط.
- سرچرخي.
- سترتیا.
- دردونه.
- امکان لري محیطي پاراستزیا هم موجوده وي.

- مقاوم د سر درد ، ناارامتیا او بې خوبي.
- Angular stomatitis

کلینکی علایم:

امکان لري په ناروغ کې لاندې تغیرات ولیدل شي.

- Koilonychia
- د خپو خفیفه اذیما.
- هیپاټو سپلینو میګالی.
- هیمیک مرمر.

اسباب:

لاندې د انیمیا خاص سببونه دي.

1. په غدایي موادو کې د انکشافی موادو د کمبوت له امله انیمیا ، لکه
   - د اوسپنې کمښت.
   - د ویټامین B12 کمښت.
   - فولیک اسید کمښت.
2. د هډوکې د مغز(Bone marrow) د ماوف کیدو له امله انیمیا ، د مثال په ډول لکه
   - لیوکیمیاګاني.
   - لیمپوماګاني.
   - مایولوما.
   - اپلاستیک انیمیا.

3. هيمولايتيک انيميا د لاندې عواملو له امله.
- اتوايميون ميکانيزم يا
- Haemoglubinipathy د مثال په ډول Sickle cell anaemia او thalassaemia .

4. د وينې د ضايع له امله انيميا. چې دا
- امکان لري په حاد ډول وي او يا مزمن ډول سره وي
- د وينې ضايع شايد ميکروسکوپيک وي او يا مايکروسکوپيک وي.
- هوک وارم infection .

5. د انيميا لپاره نور اسباب. لکه
- د پښتورګو عدم کفايه.
- د ځکر بې کفايتي.
- ځنډنۍ ناروغۍ.
- سرطاني افات.
- ميګزوايډيميا.

لابراتواري معاينات:

لاندې معاينات اجراکيږي.

دوينې معاينات د هيموګلوبين او ESR لپاره.

1) Peripheral blood picture د وينې د لاندې اجزاو د شمير د معلومولو په خاطر.
- د وينې سره کرويات.

- د وینې سپین کرویات.
- د وینې دموية صفحات.

2) د هیمولایتیک انیمیا ل کرویاتو مورفولوجي هم مطاله کیږي.
3) د هډوکي د مغزا سپایریشن هم صورت نیسي.
4) نورې پلټنې يې د انیمیا د سبب پورې اړه لري.

ادارہ(**Management**) :

- کـه چیـري هیموګلـوبین د %Gm 6 څخـه کـم وي، د وینـې ترانزفیـوژن ورتـه استطباب لـري، پـه شـدید انیمیـک نـاروغ کـې مخکـې د ترانزفیـوژن څخـه د وریـد د لارې Inj Lasix 20 mg د والیم Overload د مخنیوي لپاره توصیه کیږي.
- Packed red blood cell transfusion هغـه ناروغـانو تـه ورکول کیږي چې هغوی وینـه وروسـته د یـو مـنظم انتـروال څخـه اخیستي وي، مثـال لکـه د Sickle cell anaemia, haemophilla یا thalesaemia په واقیعاتو کې.
- همدارنګه د انیمیا د سبب تداوي هم ډېره ضروري ده.

د وينې تېروني عکس العمل

(Blood Transfusion Reaction)

د وينې د تېروني له امله لاندې عکس العملونه رامنځ ته کيږي.

1) الرژيک عکس العمل.
2) پيبرايل عکس العمل.
3) Incompatibility عکس العمل.
4) واليم Overload .

الرژيک عکس العمل (Allergic Reaction) :

امکان لري دا

- سم دلاسه رامنځ ته شي يا .
- وروسته د څو ورځو څخه رامنځ ته شي.

Immediate عکس العمل:

5)د ناروغ په جلد کې د ټرانزفيوژن د شروع کيدو په يو لنډ وخت کې ل پاره د ريټيکولوسايټ د شمير اندازه معلوميږي.
همدارنګه د د وينې د سرو او سپين اندې تغيرات ليدل کيږي.

- Urticarial rashes
- Itching
- Angioneurotic oedema

اداره(Management) :

- د وینې ټرانزفیوژن دې قطع کړي شي.
- ناروغ ته دې د د ورید د لارې Anti-histamin injection ذرق شي.
- په هغه صورت کې چې د ناروع ښه والی خرګند نه شي ناروغ ته سم د لاسه Solucortef 200 mg i.V ورکول کیږي، تکراری ډوز یې وروسته د 6 ساعتو څخه ورکول کیږي.
- که چیري بیا هم د ناروغ ښه والی رامنځ ته نه شو ، ناروغ ته عضلی اډرینالین ذرق کیږي.

Delayed عکس العمل:

دغه عکس العمل وروسته د یو څو ورځو د ټرانزفیوژن څخه رامنځ ته کیږي، چې په ناروغ کې لاندې تغیرات لیدل کیږي.

- تبه.
- لیمپ اډینوپتي.
- زیړی.
- د ستونی درد.
- مفاصلو درد.

اداره(Management) :

- د ناروغ حیاتي علایم نوټ کیږي.
- ناروغ ته ستیرایید مثلاً Solucortef 100 mg I.V/ 6 horly ورکول کیږي.

Febrile عکس العمل:

دا د یو اندازه پایوجینیک موادو له امله چې په وینه کې وي رامنځ ته کیږي د وجې د وینې د ټرانزفیوژن د نامناسب تعقیم د الاتو څخه منځ ته راځي. او په ناروغ کې لاندې تغیرات منځ ته راځي.

- تبه.
- سردرد.
- زړه بدي.
- استفراقات وروسته د یو څو ساعتو د ټرانزفیوژن څخه.

تداوی(Treatment) :

ناروغ ته ستهیراید توصیه کیږي.

:Incompatibility Reaction

دا یو وژونکی عکس العمل دی او که چیري سم د لاسه پام ورته ونه شي (په بې هوشه ناروغ کې یا په anaesthetized ناروغ کې) د ناروغ د مړینې لامل ګرځي.

کلینکی تظاهرات:

- سم دلاسه وروسته د شروع کیدو د ټرانزفیوژن څخه ناروغ ناارم کیږي.
- ناروغ پیري کارډییل درد او لمبردرد لري.
- لړزه او تبه موجوده وي.
- د وینې فشار غورځیږي.

- د شاک حالت منځ ته راځي.

ادار ه(Management) :

- سم د لاسه باید ټرانزفیوژن بند شي.
- Adrenaling 1: 100, 0.5 ml I.M.
- د Renal shut-down د مخ نیوي لپاره 500 ml شل فیصده مانیټول د ورید د لارې ذرق کیږي.
- وریدې مایعات باید ورکړل شي.
- د شاک تداوی صورت نیسي (تشریح یې په تیرخپرکو کې ذکر شوي ده)
- که چیري ناروغ ته Rena-shut down پیدا شو ، Dialysis ورته استطباب لري.

: Volume Overload

دوراني والیم overload په لاندې اشخاصو کې منځ ته راځي.

- په زړو ناروغانو کې.
- په شدین انیمیک اشخاصو کې.
- د زړه احتقاني بی کفاتي (CCF) ناروغانو کې.

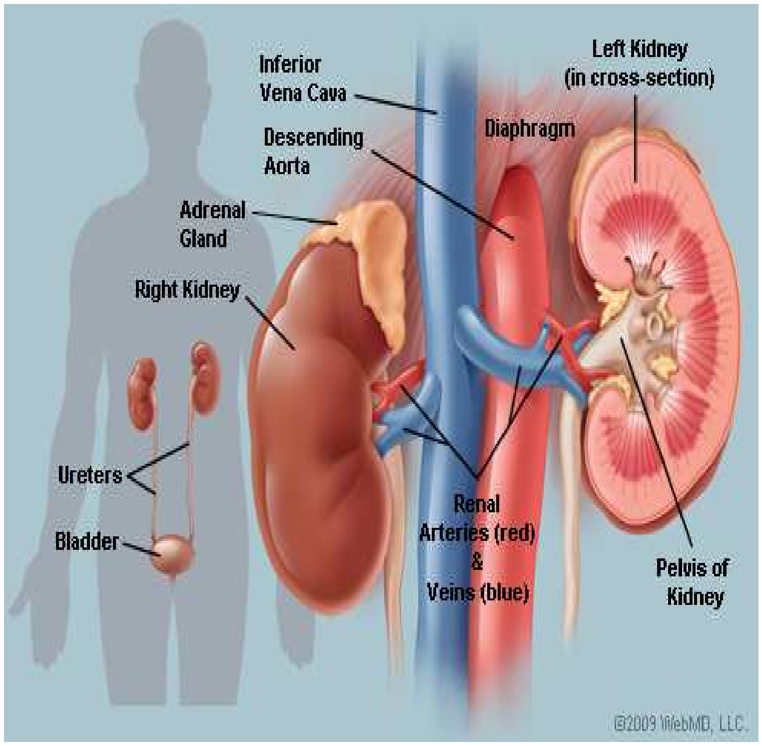
کلینکی تظاهرات:

- ناروغ ته نفس تنګي او ناارامي پیدا کیږي.
- ناروغ سالنډې، ټوخې او ټکې کارډیا لري.
- په ځینو پیښنو کې امکان پیریکارډییل درد موجود وي.

- که تداوي نه شي سيانوزس او د فلمونری اذيما علايم ثرګندوي د مثال په ډول لکه د جګولر وريدی فشار لوړوالی او په سينه کې د Crepts موجوديت.

ادارہ(Management) :

- ټرانزفيوژن قطع کيږي او ناروغ ته اکسيجن ورکول کيږي.
- Inj Digitalis 0.5 mg I.V د زړه د عدم کفايي لپاره په وقايوی ډول ورکول کيږي.
- I.V Lasix (40 mg) د انجکسن ميګزولان سره چې د کانګو مخه ونيسي او بازګشت وريدی کم کړي.



د پښتورګو ناروغي

Renal Diseases

Haematuria

تشخیصیه ټکې:

1. که چېرې په بولی قنات کې لومړی وینه راشي او وروسته ادار، دا په دې دلالت کوي چې د هیماچوریا منبع د Prostateor urethra څخه ده.
2. که چېرې وینه د ادار څخه سره یو ځای وه،افت به په پښتورګو کې وي او یا به په Ureter کې وي.

اسباب:

لاندې یې تر ټولو مهم سببونه دي.

- Glomerulonephritis .
- د بولی قنات تیګې.
- پولی سیستیک پښتورګي.
- د بولی قنات تومورونه.
- د پروستاد غټوالی.
- د خون ریزۍ ناروغي.

Investigation :

- د ادرارو معاینات.
- د ګیډې پلین اکسری.
- I.V.P.
- د ګیډې التراساونډ معاینه.

اداره(Management) :

- د وينې ټرانزفيوژن، په هغه صورت کې چې خونرزي زياته وي.
- اعراضی تداوي، لکه د درد ، انتان او شاک تداوي.
- جراحي.

Renal Colic

تشخيصيه ټکي:

▪ ناروغ ډېر په عذاب وي، په خپل بستر کې د درد د ارامولو لپاره په مختلفو وضعيتونو حرکت کوي.

▪ درد د لمبر د ساحی څخه شروع کیږي او د ورون داخلی برخې ته سرايت کوي، درد په طبيعت کې کوليکی درد وي.

▪ امکان لري د ادرارو اړونده اعراض لکه **Burning, mictruation, haematuria** يا **anuria** موجود وي.

▪ د تبې موجوديت سره يا بغير د **Pyelonephritis** لړزی څرګند وي.

▪ په کمو پېښو کې امکان لري زړه بدی او کانګی موجود وي.

▪ د ګيډې په معاينی سره د **Renal angle** او د **Lumber** په ساحه کې **tenderness** موجود وي.

DDX :

❖ **Appendicitis**.

Ivestigation :

- د ادرار معاینه.
- د ګیډې پلین اکسری.
- **I.V.P**
- د ګیډې د التراساوند معاینه.

د پلټنولاس ته راوړنې یې د سبب پورې اړه لري.

اداره(**Management**) :

- د انټراګلوټییل د لارې د **NSAID** آنجکشن.
- د انتـــي ســــپزموډیک درملـــو انجکشـــن لکـــه **Buscopan,Sistalgin** ســـم د لاســـه د وریـــد د لارې ذرق کیـــږي، وروسته دا په **5% dextrose drip** کې ګډیږي او د ورید د لارې په قلاره سره تطبیق کیږي.
- که چیرې درد ارام نه و بیا **Inj Pethedine(100 mg)** د ورید د لارې ذرق کیږي.
- **Urinary antiseptic** لکـه **Urixin, Noroxin** یـا نـور انتـی بیوتیک د شکمن انتان د تداوۍ لپاره توصیه کیږي.

Acute Retention of Urine

اسباب:

- د پروستاد غټوالی.
- تېږې.
- ستریکچر.
- التهاب.

اداره(Management) :

- باید د **Uraniry retention** لپاره سم دلاسه **Foley`s catheter (No.16 or 18)** پاس شي.
- د انتان د تداوۍ لپاره مناسب انتی بیوتیک توصیه شي.
- جراحي مداخله یې په هغه وخت کې صورت نیسي چې سبب یې
  - ❖ Stone
  - ❖ Stricture
  - ❖ Prostate hyperthropy

Acute Glomerulonephritis

تشخیصیه ټکي:

- Oliguria
- Haematruia
- Facial oedema خاصتاً د سهار په وخت کې.

- د وينې لوړ فشار او امکان لري په پر مختللي مرحله کې د دې اختطلاطات لکه د زړه احتقانی بې کفايتي، Encephalopathy, CVA, ، د زړه اسکيميک ناروغي موحوده وي.
- په زياتره کيسونو کې ناروغ د ستونی د Streptococcal infection يا د جلد د زخم تاريخچه لري په هرحال د دغه شيانو نه موجوديت Glomerulonephritis تشخيص نه په ګوته کوي .

لابراتواری څرګندونې:

- امکان لري د ASO titre د 200 I.U څخه پورته وي.
- د ادرارو معاينات د لاندې شيانو موجوديت په ګوته کوي.
  - ❖ پروتين.
  - ❖ د وينې سره کرويات.
  - ❖ ګرانولر کيست.
- امکان لري Blood Urea, serum creatintine په لږه اندازه لوړ وي.

اداره(**Management**) :

- مالګه او مايعات بنديږي، مايعات
- Diuretics کارول کيږي چې مخه ونيسي او يا د اذيما مخ نيوي وکړي.
- د سيروم دليول په تکراري ټيستونو سره د ايلکټرولايټونو توازن څارل کيږي.

- د وینې د لوړ فشار او د اختطلاجاتو تداوي یې ډېره ضروري ده (تشریح په مناسب چپټر کې ذکرشوي ده) .
- د پاتې Streptococci د وژلو لپاره او د پښتورګو د نور اضافي تخریب د مخ نیوي لپاره نا روغ ته انتی بیو تیک ورکول کیږي.
- د شدید Oliguria او د Anuria په صورت کې Dialysis استطباب لري.

د پښتورګو عدم کفایه

Renal Failure (Uraemia)

د پښتورګو عدم کفایه امکان لري په حاد شکل وي او یا په مزمن شکل سره وي.

د پښتورګو د حادی عدم کفایي اسباب په لاندې ډول دي:

- ; Pre-renal causes
  - د وینې د فشار غورځیدل.
  - شاک.
  - د هر سببه شدید ډیهایډریشن.
  - د نیپروټوکسیک درملو استعمال.
  - هیپاټو_رینل سنډروم.
  - د تیګې له امله د ادرارو بندښت.

لاندې د پښتورګو د ځنډنۍ عدم کفايي اسباب دي.

- پايلو نيپرايټس.
- Glumerolonephritis
- د زهرجن درملو کارول.

❖ Urinary Flow obstructionد هره سببه.

کلينکی علايم:

د يوريميا د ناروغ کلينکی علايم د ابتدايي ناروغيو تظاهرات په ګوته کوي او په لاندې ډول سره دي.

1. هټکي.
2. زړه بدی.
3. استفراقات.
4. د وينې بهيدنې طبعی دوران.
5. سالنډي.
6. د ادرارو اندازه به ښکته وي.
7. يوريميک بوی.
8. کوما.

تشخيص:

يو اځنې حالت چې د هغه شخه د پښتورګو د حادی عدم کفايي Olguria تفريق شي د ډيهايډريشن له امله Oliguria ده چې تفريقی تشخيص يې په لاندې چوکاټ ښودل شوي دي.

D/D Points	Acute Renal Failure	Dehydration
Urine Exami-Nation shows.		
Sp.gravity	1010.	More than 1015.
Proteins.	Present	Usually absent.
Micro-scopic examination.	Cast and RBC presnt.	Absent.
Urea ration in Urine/plasma.	Less than 10.	More than 10.
Urine sodium.	More than 60meq	Less than 20meq.
Serum electrolytes level.	Na-Decreased. K-Increased. HCO3-Decreased	All are raised

نوټ: چې تفریق کړو Anuria د Oliguri څخه له امله د ځینو بندښتونو، catheter د urethera د لارې مثانې ته داخلیږي، که چیرې دلته کوم بندښت وي، مثلاً د پروستاټ غټوالی او یا urethral stricture و، مثانه به د ادرارو څخه ډکه وي، حالانکه په هغه صورت کې چې acute renal failure وي، ډیر کم مقدار ادرار به بهر راوځي.

لابراتواري ټیستونه:

1.د ادرارو معاینات به rbc,wbc او پروتین په ګوته کړي.

2.د وینې معاینات د urea,creatinine, serum k, blood clotting profile,blood count,LFT لپاره اجرا کیږي.

ECG :

دا د hyperkalaemia د اثراتو لپاره توصیه کیږي لکه

- Peaked T wave
- Absent P wave
- Widening of QRC complex

اداره**(Management) :**

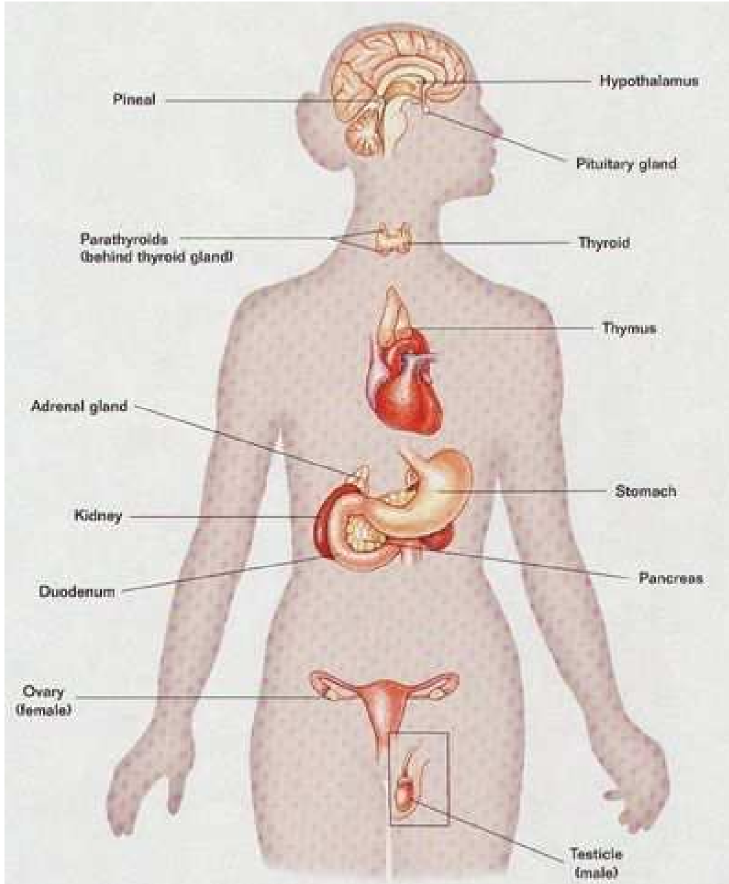
Acute Renal Failure:

- Dopamine drip په اندازه د 2.5-3 micreogram/kg/min.
- Injection Lasix 200 mg. په 200 ml د 5% dextrose water د وریدی انفیوژن د لارې د 2-1 ساعتو په مابین کې ذرق کیږي.
- که چیري ناروغ د پورتنې تداوی سره ځواب ورنکړ، وروسته د 6 ساعتو څخه پورتنې تداوی بیا تکراریږي، بیا ورپسې dialysis, استطباب لري.
- I.V 20% Monnitla په اندازه د ml/hour 20 په جاری انفیوژن سره.

: Chronic Renal Failure

اعراضي تداوي يې صورت نيسي.

- د اسیډوزس لپاره I.V_ 100 ml, of Na HCO3 ورکول کيږي.
- Hyperkalaemia لپاره
  - 10 ml of Ca. Gluconate I.V
  - 50 ml of 50% glucose د لس یونټو د پلین انسولین سره د ورید دلارې په جریان د 15 دقیقو ورکول کيږي.
  - د خود ريزی لپاره Packed red cell توصیه کیږي.
  - که چیرې د هضمي سیستم د خون ریزی موجوده وه، Inj Tegamet يا Zantac د ورید د لارې ذرق کیږي.
  - د زړه بدوالی او استفراقاتو لپاره ، Antiemetic injection توصیه کیږي.
  - د انتان لپاره مناسب انتی بیوتیک.
  - د Dialysis ناروغان باید د نفرولوجی ډیپارټمنټ ته ولیږدول کیږي.



اندوکراین ناروغي

Endocrinal Diseases

Diabetic Ketoacidois

تشخیصیه ټکي:

- ❖ په اکثره واقیعاتو کې امکان لري ناروغ د پخوا څخه Diabete mellitus ولري ، په ډېرو کمو واقیعاتو کې ناروغان د ډیابیټ هیڅ تاریخچه نه لري.
- ❖ په زیاتره کیسونو کې Juvenile diabetic وي.
- ❖ ډیابیټیک ناروغان عموماً لاندې Precipitating factors لري لکه

- شدید انتان ، د مثال په ډول لکه نمونیا ،**UTI** او داسې نور.
- جراحي عملیات.
- قلبي احتشاء.
- د منظم انسولین د اخیستو عدم تحمل.

امکان لري ناروغ سره لاندې اعراض ملګري وي.

- پولي یوریا.
- **Polydipsia**
- د ګیډې د پورتنې برخي درد.
- استفراقات.
- کوما.
- ډراوزینیس.

کلینکی علایم:

- ناروغ ډیهایډریټ وي.
- امکان لري د کوما په حالت کې وي.
- د وینې فشار ښکته وي.
- نبض کمزوی او سریع وي.
- په تنفس کې د **acetone** بوی موجود وي.

Investigation :

- **Urine sugar 4+**
- **Blood sugar- high index**
- **Serum K and Na and HCO3**
- **Urine acetone 2-4+**
- **Blood uria/creatinine**

نوټ: ټول ډیابیټیک ناروغان چې عاجل خونې ته د هر مشکل لپاره راځي باید چې د **Cetone bodies** لپاره یې د ادرارو معاینه اجرا شي.

اداره (**Management**) :

د وریدې مایعاتو، انسولین، یلکټرولایټ او انټي بیوتیک په ریکارډ نیولو سره یې سره یې سم دلاسه تداوی صورت نیسي.

I.V. Fluids:

عموماً ناروغ په شپه او ورځ کې د **5-6 L** په اندازه مایعاتو ته ضرورت لري چې دا مایعات په لاندې شکل سره ورکول کیږي.

ii. **1^{st} L- saline drip- within 30 min.**

iii. **2^{nd} L- saline drip-within 1 hour**

iv. 3rd L- saline or 5% Dextrose-within 2 hours.
v. 4th L- saline or 5% Dextrose-within 4 hours.
vi. 5th L- saline or 5% Dextrose-within 6 hours
vii. 6th L- saline or 5% Dextrose-within 8-10 hours

- نوټ: پورتني رجيم د زړه په احتقاني بې کفايتۍ کې او يا په زړو ناروغانو کې د تنفسي **Overload** د مخ نيوي لپاره تغير خوري، په داسې کيسونو کې **1/2** څخه تر **1/3** برخه د ټولو مايعاتو ورکول کيږي، که چيري موجود و **0.45% saline** استعماليږي.
- په هغه صورت کې چې د وينې شوګر **250 mg%** ته ورسيږي **Dextrose 5%** ورکول کيږي.

Insulin:

هميشه **plain** انسولين استعماليږي.

- د عضلی د لارې **10-20 units(or 5-10 units I.V,)** پلين انسولين سم د لاسه تطبيق کيږي، البته د وينې د ګلوکوز د اندازی په اساس.
- انسولين انفيوژن په اندازه د **6 U/hour** ورکول کيږي، د مثال په ډول **12 U** انسولين په **60 ml saline** کې يوځای کيږي او په اندازه د **30/drops/min** ورکول کيږي چې بايد په دوه ساعتو کې ختم شي.
- د وينې د شوګر د ښکته کيدو اندازه بايد د **100 mg/hour** په اندازه وي، که چيري په څرګند ډول د وينې شوګرنومو ړی

اندازه په دوه ساعتو کې ښکته نه شوه، د انسولین ډوز باید د 9- 12 U/hour ته لوړ شي.

:Potassium(K+)

- که چیري د سیروم کلسیم اندازه 3 m.mol څخه کمه وه، بیا 40 m.mol K/liter ورسره یو ځای کیږي.

:Heparine:

- ځینې صحی اداري 5000U of Heparine/8 hourly د thrombo embolism د مخ نیوی لپاره توصیه کوي.

:Antibiotic

- په مناسب ډوز سره اړین انتی بیوتیک باید استعمال شي.

پورتنۍ تداوی ترهغه وخت پورې جریان پیداکوی چې په ادرار کې کیټون بادي ورکې شي.

Hyperosmolar Non-Ketotic State

په دغه کیس کې د وینې شوګر او د ادرارو شوګر په لوړه اندازه کې قرار لري، خو کیټون پکې منفی وي.

نور علایم او اعراض یې د Ketoacidosi په شان دي.

اداره(Management) :

ناروغ ته انسولین توصیه کیږي.

Hypoglycaemia

په وینه کې د ګلوکوز د سویې کموالی ته وايي.

تشخیصیه ټکې:

- د انسولین د لوړ ډوز اخیستني تاریخچه موجوده وي.
- د هایپوګلایسیمیک درملو د استعمال څخه وروسته د غذایي موادو د نه اخیستو تاریخچه.
- شدید یا اوږده فزیکي کارونه.

اعراض:

په ناروغ کې لاندې تغیرات لیدل کیږي.

- د زړه ټکان.
- لړزه.
- خوله.
- ذهنې ګډوډتیا.
- د ناروغۍ د شدد د زیاتوالی په اساس شاید ناروغ کوما یا د نیمه وده والی حالت کې وي.

کلینکی علایم:

- امکان لري د ناروغ خبرې ستونزمنې وي.
- سردردي او تخریشیت.
- په ځینو لړو کیسونو کې امکان لري اختلاجات او کوما رامنځ ته شي.
- جلد خوله جن او یخ وي.

- د وينې فشار امکان لري لوړ يا ښکته وي.

Investigation

- **Urine sugar- Nil**
- د وينې شوګر د **60%** څخه کم وي.

اداره(**Management**) :

- د وريد دلارې سم دلاسه **100 cc** د **25%** ګلوکوز ورکول کيږي.
- په جاری ډول سره د **10% dextrose** وريدی **drip** تطبيق.
- که ناروغ ښه والی څرګند نه کړ **Inj Glucagon 1 mg. I.M** ذرق کيږي.
- که چيري ناروغ بې هوشه و د **cerebral oedema** د کمولو لپاره د وريد دلارې ناروغ ته **Inj Manitol 20% 250 ml** په **20** دقيقو ورکو.
- که چيري ناروغ ښه و ، د خوږ شربت د څښلو لپاره هڅول کيږي.
- په هغه صورت کې چې هايپوګلايسيميا سير پيدا کړي، پورتنې تداوی تر هغه وخته جريان پيدا کوي چې د ناروغ **Fasting blood sugar 120%** ته را شي.

Thyroid Emergencies

د تايرايد عاجلي رامنځ ته کيدونکي پېښې په دوه ډول دي.

1. Thyroid crisis) Thyrotoxicosis crisis).
2. Myxoedema coma.

Thyroid crisis

کلينکي علايم;

i. Hyperpyrexia) حرارت د 104 فارنهايټ څخه لوړ وي) .
ii. ټکي کارډيا.
iii. شديده نا ارامتيا.
iv. ناروغ ډېر سخت احساساتي او وارخطا يي.
v. شايد ناروغ نيمه ويده، خواشينې او يا حتا د کوما په حالت کې وي.
vi. ځينې کيسونه يې حاد د ګيډې اعراض لري لکه استفراقات يا اسهالات.
vii. امکان لري يو څو کيسونه يې د زړه احتقاني بې کفايتي پيدا کړي.

Thyroid crisis په لاندې حالتونو سره زياتيږي.

- انتان.
- تايرايډ جراحي.
- قلبي احتشا.
- د وخت څخه مخکې د antithyroid therapy بندول.

- د Radio-iodin استعمال.

ادار‌ه(Management) :

- د شدیدي ټکی کارډیا لپاره Digoxine 1 mg د دوه ساعتو په موده کې د وریدی انفیوژن په شکل.
- که چیري ناروغ د Bronchia asthma تاریخچه نه درلوده، بیا Inj Inderal 2mg I.V over five minute QID . بیا 40 mg TDS د اورل د لارې.
- Inj Solucortef 100 mg. I.V/6 hourly .
- Tab Neomercazol 20 mg. QID .

وروسته د څلورو ساعتو څخه د تایراید د بلاکولو لپاره 0.3 ml Lugolo Iodine ورکول کیږي.

- د انتان سره د مبارزی په خاطر انتي بیوتیک استعمالیږي.
- د ډیهایډریشن سره د مبارزی په خاطر. Saline 500 ml/hourly .

Myxoedema Coma

دا حالت هغه وخت رامنځ ته کیږي چې کله د مګزوایډیما ناروغ د شدید یخ سره مخامخ شي.

تشخیصیه ټکې:

- ناروغ به د پخوا څخه د مګزو ایډیما واقیعات ولري.

زیاتوونکي فکتورونه:

- انتان.
- قلبې احتشا.

- سټروک.
- ټراما.

کلینکي علایم.

- د مگزوایډیما علایم لکه**,Hyporeflaxia** موجود وي.
- د بدن حرارت **32°C** وي.
- ناروغان عموماً د **60** کالو عمرڅخه زیات وي.
- **Goitre** به وي.
- سیانوزس.
- د زړه احتقانی بې کفایتي.

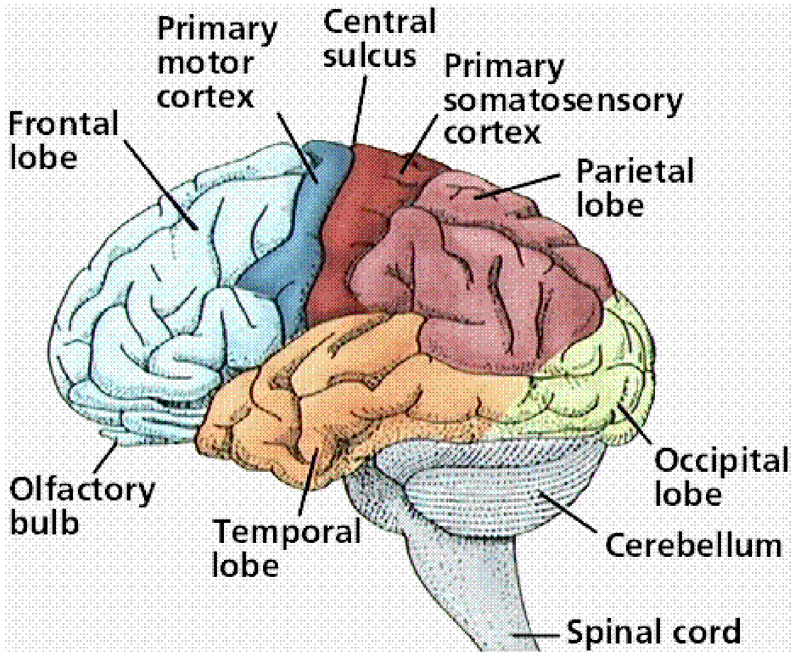
لابراتواري معاینات:

- د وینې گلوکوز.
- **Blood urea,electrolytes**
- د سیروم کارټیسول لیول.
- **T3, T4** او **TSH** آندازه.

اداره **(Management)** :

- په لوړه کچه اکسیجن.
- **Inj T3 (Terroxin) 5-10 micro mg. I.V.8 hourly** په قلاره سره د **3-2** ورځو لپاره.
- **Tab.T4 50 microgram** د ورځې د **3-2** ورځو لپاره.
- **Inj Solucortef 100 mg I.V 8 hourly**.

- د انتان سره د مبارزې په خاطر انتي بيوتيک.



مرکزي عصبي سیستم ناروغي

Diseases of Central Nervous System

Cerebro Vascular Accident (CVA)

په **CVA** لرونکو ناروغانو کې یو د لاندې تغیراتو څخه یوکې لیدل کیږي.

i. کوما.
ii. هیمي پلیجیا.
iii. مونو پلیجیا.
iv. پارا پلیجیا.

که چیرې ناروغ د کوما په حالت کې و، نو بیا د کوما نور اسباب لکه د پښتورګو عدم کفایه، ځګر عدم کفایه، کیټو اسیډوزس، سر ترضیض او سن سټروک، د تاریخچې او د کلینیکي معاینې پواسطه په ګوته کیږي.

اسباب:

i. ایمبولیزم.
ii. هیمورج.
iii. د وینې د رګونو سپزم.
iv. ترومبوسز.

زیاتره ناروغان د پخوا څخه د لاندې ناروغیو څخه د یوې ناروغۍ تاریخچه لري.

i. د وینې لوړ فشار.

ii. د شکر ناروغي.
iii. د زړه اسکیمیک ناروغي.
امکان لري ناروغ د پورتنیو ذکرشوو ناروغیو څخه یوه ناروغي هم ونلري.

کلینیکي علایم:

- امکان لري ناروغ پوره یا نیمه بې هوشه وي.
- د وینې فشار شاید لوړ وي اویا کم، یا نارمل وي.
- امکان لري نبض رو وي، چې د غیر منظم نبض موجودیت د زړه بې نظمي په ګوته کوي.
- کیدای شي حرارت نارمل وي. لوړ حرارت د **Pontine haemorrhage,Meningitis,** یا یو بل انتان لکه د بولې قنات انتان یا د تنفسي سیستم انتان له کبه وي.

د مرکزي عصبي سیستم معاینه:

- امکان لري پیوپل نارمل وي. که چیري پیوپل پراخه و نو دا په ژوره کوما باندې دلالت کوي.
- **Doll's eyes movemet** ، کله چې د کوماتوزد ناروغ سر هر طرف ته تاو شي، سترګې په مابین کې پاتې کیږي، چې دغه مانورا د **Brain stem lesion** کې خرابیږي، د مثال په ډول سترګې د سرد حرکت سره حرکت کوي.
- د غاړې شخوالی او **Kernig's sign** کتل کیږي، که چیري مثبت و نو تشخیص به **Meningitis** یا **Sub-arachnoid** هیمورج وي.

- د پورتنې او ښکتنې نهایاتو عکسات کتل کیږي، په زیاتره کیسونو کې د **Neuronal shock** کې عکسات کم وي.
- **Babinski'signs** که چېرته مثبت و **UMN lesion** په ګوته کوي، د ژورې کوما په ځینو کیسونو کې دا علامه مثبت وي.

د قلبي وعایي سیستم معاینه:

وروسته د وینې فشار د ریکارډ کولو څخه لاندې تغیرات کتل کیږي.

- د جګولر ورید فشار.
- په کاروټید شریان باندې **Bruite** .
- د زړه بې نظمي.

ټول دغه حالات د ایمبولیزم ملاتړ کوي، په تېر وخت کې د زړه د اسکیمیک ناروغیو تاریخچه هم د ایمبولیک **phenomenon** ملاتړ کوي.

د سینې معاینه:

امکان لري هېڅ مثبتې څرګندونې ښکاره نه کړي، د **crepts** موجودیت د زړه احتقانې بې کفایتي یا **Aspiration** نمونیا ته اشاره کوي.

د هضمي سیستم معاینه:

په زیاتره کیسونو کې د هضمي سیستم معاینه نارمل وي، په هر حال د مثبتو تغیراتو موجودیت لکه هیپاټومیګالی، سپلینومیګالی یا د موجودیت نورو پلټنو ته ضرورت لري چې د **CVA** سبب معلوم کړي.

پلټنې(Investigation) :

- د سبب لرونکو ناروغیو لپاره پلټنې اجرا کیږي کله د وینې لوړ فشار، شګر ناروغي، زړه اسکیمیک ناروغي او داسې نورو لپاره چې ضروري وي پلټنې اجرا کیږي چې تشریح یې په مناسب چپټر کې ذکر شوي ده.
- د **Papilloedema** لپاره پنډوسکوپي اجرا کیږي
- ورځنې د وینې پلټنې لکه **Compleat blood picture, urea, creatinine, LFT, glucose, electrolyte .**

L.P؛

Lumber puncture باید په ټولو بې هوشه ناروغانو کې اجرا شي، خو په لاندې حالتونو کې مظاد استطباب دي.

- د **L.P** په ساحه کې د موضعي انتان موجودیت.
- ناروغ د شاک په حالت کې وي.
- د **Papilloedema** موجودیت.

پروسیجر:

د ناروغ وضیعت :

ناروغ د چپرکټ پر څنډه کیښنول کیږي یا اچول کیږي چې خپې ځوړندې وي، سر به یې یو څه اندازه مخکې طرف ته وي ترڅو **Spines** پوره د **fixion** په حالت کې شي.

موقعیت:

د 3^{rd} او د 4^{th} لمبرو ویرټیبرا د مابین فاصله، یا د 4^{th} او 5^{th} لمبر **Vertebre** د مابین فاصله.

خاصه درملنه:

- په تدریجي ډول سره د شعور خرابوالی او د حملو موجودیت د **Intracranial** فشار لوړوالی په ګوته کوي چې موږ په یو دلاندې درملو سره تداوي کوو.
- **I.V Manitol 250 ml** په شلو دقیقو کې چې دا د ورځې یو ځلې او یا دوه ځلې توصیه کیږي.
- **: Steroids**
  Inj Dexamethasone 4 یا **Inj Solucortef 100 mg/6 hourly**
  . mg.I.V/6 hourly
- د کم مالیکولی وزن **Dextrose 250 ml/12 hours** هم ورکول کیږي.
- **: Cerebral Vasodilators**
  Injections of Hydergine, Nootropil, Duxil, cerebrlysin, prexeline. ز

یو د پورتنیو درملو څخه د سبب دوړوالی په اساس ورکول کیږي.

- په هغه صورت کې چې ناروغ جټکې ولري، **Diazepam 10 mg** په قلاره سره د ورید دلارې ورکول کیږي.
- د وینې لوړ فشار، د زړه اسکیمیک ناروغي او د شکر ناروغي په مناسب ډول سره تداوي کیږي.
- **Anticoagulants**:

پەوقايوي ډول سره د **DVT** لپاره **Inj Heparin 5000 U B.D/C S.C** ورکول کيږي.

- ناروغ ته بايد فزيوتراپي توصيه شي.

نوټ: مخکې د د **Heparin** د شروع کيدو څخه لومړۍ يې بايد مضاد استطباب مشخص شي.

د شعور مختل کيدل

(Consciousness)

دا حالت مشتمل دي پەلاندې حالتونو سره..

1. **Syncope.**
2. **Disorientation.**
3. **Semi-consciousness**
4. **Unconsciousness.**
5. **Coma.**

تشخيصيه ټکې:

هغه حالتونه چې بايد Impaired consciouness د اسبابو پەاړه فکر وشي پەلاندې ډول دي.

- CVA. تشريح يې د CVA پە چپټر کې ذکرشوي ده.
- التهابي سببونه: لکه

1. Meningitis.
2. Encepalitis.
3. Septicaemia لکه ټوکسيک شاک د هرى منبع.

- ميتابوليک اسباب لکه

1) کيټو اسيډوزس.

2) يوريميا.

3) د ځګر بې کفايتي.

4) تنفسي بې کفايتي.

5) هايپوکسيا.

6) د مايعاتو او ايلکټرولايټونو عدم توازن.

- د ټوکسيک او زهري موادو استعمال لکه الکول او داسې نور.
- بين القحفي تومورونه.
- د سرترضيص.

تشخيصيه ټکي او منجمنټ د پورتنو هر يو په بيلابيل چپټرو کې ذکر دي.

Vertigo

د **Vertigo** د اسبابو لپاره لاندې ټکي بايد په نظر کې ونيول شي.

1) د غوږ داخلي ناروغي، چې د ناروغ څخه د غوږ د درد يا د غوږ د ډيسچارج د تاريخچې په اړه پوښتنه کيږي.

2) د مرکزي عصبي سيستم ناروغي، چې دا مشتمل دي په

- **CVA**.
- **Meningitis**.
- **Intracranial tumour**

- Cerebellar dysfunction

3) د درملو يا د زهرجنو توکو استعمال.

4) Menier's ناروغي.

اداره(Management) :

بې له دې چې سبب په نظر کې ونيول شي د اعراضو د کمولو لپاره لاندې تداوي توصيه کيږي.

- Inj Stemetil
- Inj Marzine
- Inj Maxalon

د تداوۍ د برقراره ساتلو لپاره د اورل د لارې لاندې درمل توصيه کيږي.

- Tab Stugron
- Tab Serc
- Tab Stemetil.
- Tab Maxalon

نوټ: ځينې وخت د Phenothiazine ګروپ درمل (Stemetil) اعراض ورکوي لکه Fits,Occulogyris crisis, rigidity . چې په دغه صورت کې ناروغ ته Inj Phenergan 25 mg وريدي يا عضلي لارې سم د لاسه ورکول کيږي.

همدارنګه بايد سببي تداوي هم اجرا شي.

:Status Epilepticus

یو د ژوند تحدیدونکي عاجل حالت دي ، باید چې سم د لاسه ورته پاملرنه وشي.

ادارہ:

- اکسیجن 100% .
- ناروغ په چپه طرف اچول کیږي ترڅو ژبه د هوايي لارې مانع ونه ګرځي.
- Inj Phenobabitone 200 mg.diluted with 50 ml. of normal saline is given I.V په قلاره سره په دوران د 10 دقیقو کې.

سردرد

Headache

د حاد سردرد مهم اسباب په لاندې ډول دي.

- Meningitis
- Sub-arachnoid haemorrhage
- د Intracrainial فشار لوړوالی.
- د وینې لوړ فشار.
- نیم سری.
- د سترګو ، غوږونو او ساینسونو څخه متکرردرد.
- Cluster headache
- موضعی التهابی افات لکه Cellulitis, head injury .

نیم سری

Migraine

کلینکي تظاهرات:

- د یو طرفه د سر درد دي او د حملی په شکل تظاهر کوي.
- په زیاتره کیسونو کې دا د استفراقاتو او د د نظرد کموالی سره ملګري وي.
- دا درد په فشار او احساساتو سره زیاتیږي.

د نیم سری یاد **Migraine** د حادی حملی اداره:

- **Inj. Ergotamine 0.25-0.5 mg.** سم د لاسه. امکان لري چې دغه ډوز ورسته د نیم ساعت څخه بیا تکرار شي، **Ergotamine** د زړه په اسکیمیک ناروغیو کې مظاد استطباد دی.

Inj. Diclofenic 75 mg. I.M هم سم دلاسه ورکول کیږي.

- د استفرافاتو لپاره **Stemetil**.
- **Tab.Migril.** سم دلاسه یو ټیبلیټ، چې وروسته له یو ساعت څخه بیا تکراریږي.

Temporal (Cranial) Arteritis

دا يـوه **collagenous** نـاروغي ده، دا سـردرد اکثـره د تبــې او **Arthritis** سـره يـو ځـای وي، چـې د رملنـي لپـاره يــې **Steroids** کارول کيږي.

Cluster Headache:

دا درد يـو طرفـه وي او د خـوب پـه وخـت کـې رامـنځ تـه کيـږي او همدارنگه د مخ د شغلو ، **Rhinorrhoea** او د اوبلنـو سترگو سره يو ځای وي.

دغه ډول سردرد د **Histamin** د افـراز لـه امله وي، چې د درملنـې پـه موخـه يـې د **Antihestamin** او د سټيرايډونو اسـتعمال اړيـن دي.

بـل قسـم د سـر درد د مثـال پـه ډول سـايکوجينيک د سـر درد چـې موضـعي سـببونه يـې تشـخيص کيـږي او پـه مناسـب ډول سـره تداوي کيږي.

د **pressur** **Intracranial** د لــوړوالی لــه املــه د ســردرد د **Intrracranial** فشار په کمولو سره تداوي کيږي.

Trigmeminal Neuralgia

کلينکي تظاهرات:

- د درد خوريدنه د **Maxillary** او **Mandibular** ساحو ته وي.
- ناروغ د **60** کالو څخه زيات وي.

- ناروغ د برقي شاک د حملې په شکل راځي.
- درد همیشه یو طرفه وي.
- درد په ژولو او په خښتلو سره زیاتیږي.

اداره(Management) :

- .Tab. Tegretol 100-200 mg د ورځې یو ځل یا دوه ځلې.
- Tab. Phenytoin sodium(Dilantin) 200-400 mg./day هم د درد په ارامولو کې مرسته کوي.

فلـــــج

(Paralysis)

لاندې ډولونه لري:

1. .Hemiplegia
2. .Paraplegia
3. .Monoplegia
4. .Quadriplegia
5. Bell's palsy) د اوم عصب فلج) .

:Paraplegia and Quadrip-Legia

دا د شوکي نخاع(Spinal cord) فشار یا د زخم په نتیجه کې رامنځ ته کیږي، که چیرته Compression د C5 څخه پورته و

Quadriplegia رامنځ ته کوي او که د **T1** څخه لاندې و بيا **Paraplegia** رامنځ ته کوي.

اسباب:

- د ستون فقرات توبرکلوز يا **Spinal meningitis**.
- د شوکې نخاع نيوروما يا انجيوما چې موضعی فشار او تخريب رامنځ ته کوي.
- **Transvers myelitis**.
- **Multiple Sclerosis**.
- د شوکی نخا موضعي ترضيض، زخم.

سره د پورتنيو اسبابو دوه نور نور اسباب هم شته چې په نتيجه کې يې **Paraplegia** رامنځ ته کيږي.

- د **Falx cerebri** تومور چې د کورتيکس **Motor** ساحه پريس کوي او **Lower Limbs** ته سرايت کوي.
- **Guillain-Barre Syndrome**:

دا يو حاد **Infective polyneurtis** دي، په دغه **Case** کې لاندې تغيرات موجود وي.

1. د **Lower Motor Neuron(LMN)** فلج، د مثال په ډول عکسات موجود نه وي، **Babinski's reflex** ښکته روان وي.
2. **L.P** د پروتينونو لوړوالی په ګوته کوي ،

د تداوی لپاره يې **Steroids** استعماليږي.

Monoplegia:

دا د **Nerves roots** د تخریب یا د نهایاتو د اعصابو د زخمي کیدو یا د التهاب له امله رامنځ ته کیږي، تداوي یې په مناسب ډول سره صورت نیسي.

Spinal Cord Compression

دلته دوه ډوله ټپ (**Lesion**) موجود وي .

1. Partial Lesion :

هغه وخت واقع کیږي کله چېډد شوکی نخاع نیمه برخه تخریب شي، د مثال په ډول لکه **brown-Sequard Syndrom** .

په دغه **Case** کې په مساوی طرف کې

- وایبریشن حس ضایع وي.
- وضعي حس پکې ضایع وي

په مقابل طرف کې د حرارت او د درد حس موجود نه وي.

2. Complete Lesion :

په دې کې د شوکی نخاع په بشپړ ډول سره ټپ واقع شوي وي چې په بدن کې لاندې تغیرات لیدل کیږي.

- په بشپړ ډول سره سینیشن ضایع وي.
- د ټپ کیدو ساحې څخه لاندې برخه فلج وي.
- ادرار په خپل سر وي(ف**Retention of urine**) .

اداره(**Management**):

تداوي يې په **CVA** چپټر کې ذکرده خو بيا هم په تداوۍ کې لاندې دوه خبرې ډېرې اړينې دي.

- ناروغ ته د روغتون د نرسانو پوره پاملرنه.
- سبب بايد تداوي شي.

Meningitis/Encephalitis

تشخيصيه ټکي:

- سردرد.
- د مرۍ شخوالی.
- پروجيکټايل استفراقات.
- امکان لري د ناروغ شعور مختل وي.
- اختلاجات.
- د 4^{th}, 3^{rd} او يا د 6^{th} عصب فلج موجود وي.
- په نادرو واقعاتو کې امکان لري **Hemiplegia** او د **Lower motor neuron** د ټيپ کيدو اعلايم موجود وي.

کلينکي علايم:

- ناروغ د ټوکسيک شاک په شان وي.
- د مرۍ شخوالی.
- **Kerning'S Sign** موجود وي.

- کله ناکله ناروغ پکې بې هوشه وي.

پلټنې(Investigation) :

- سم د لاسه L.P اجرا کیږي.
- CSF باید معاینه شي.

د Meningitis مختف قسمونه د CSF لاندې موندنې لري.

Exam	Pyogenic	T.P	Viral
1. Physical Appearance.	Marked turbidity Pus may be present.	Slight turbidity 'web'formation On standing.	Usually Clear.
2. Proteins.	Markedly raised	Raised	May be Raised
3. Glucose.	Leser than 50% of plasma level.	Leser than 50% of plasma level.	Uptill 40 mg%.
4. Chloride.	Reduced.	Reduced.	Normal.
5. Cell	All polys.	Lympho Dominate.	Lympho Are present

لابراتواری ماینات:

دوینې بشپړ معاینات لکه

- Uria .
- Creatinine .

- .LFT
- .Glucose and electrolytes level

تداوي:

مخکې له دې چې د CSF معايناتو ته انتظار وشي، تداوي بايد سم د لاسه شروع شي.

I. ناروغ ته په لاندې شکل 'Triple regimen' ورکول کيږي.

. Inj. Septran B.D يا Inj. Ampicillin 1 Gm/6 hourly I.V

1. Inj.Benzyl penicillin 20 lac(1.3 Gm)/6 hourly I.V .
2. Inj.Chloramphnicol 500 mg/6hourly I.V . يو ساعت وروسته Inj.penicilin .

يا (OR)

. Inj. Rocephine(Cetriaxon) 2 Gm over 5 min B.D

د CSF د رپورټ له مخې يا د کلينکی موندنو له مخې د مثآل په ډول Post cervical lyphadenopathy , يا د سينې اکسری د T.B lesions په ګوته کړي او د TB درملو استطباب اړين و، نو سم د لاسه د توبرکلوز ضد درمل شروع کيږي، چې په هغې کې لاندې ريجيمونه استعماليږي.

1. Tab. Rifampicin-450-600 mg.OD .
2. Tab. INH-300-600 MG. OD .
3. Tab. Myambutal-1200 mg .OD
4. Tab. Pyrizinamide-1.5 Gm. OD
5. Tab. Pyridoxin-50-150 mg.OD
6. Tab. Prednislone 5mg 2TDS

نوټ: په هغه صورت کې چې شک موجود چې ایا **Meningites** د توبرکلوز څخه دي او یا د پایوجنیک موادو له امله دي نو په دغه صورت کې دواړه ریجیمونه ورکول کیږي.
په هغه کیسونو کې چې اسباب یې وایروسي وي، **Acyclovir 200 mg/5 times** استعمالیږي.

II. د اعراضو د ارامولو لپاره لاندې تداوي استعمالیږي.

- **Inj.Monitol 250 ml** په حدود د **20** دقیقو کې.
- په هغه صورت کې چې ناروغ اختلاجات ولري **Anti-convulsion** تیراپي چې تشریح یې د **Epilepsy** په چپټر کې ذکر ده ورکول کیږي.
- که چیري ناروغ د شاک په حالت کې وي، په مناسب ډول سره اداره کیږي(تشریح د شاک په چپټر کې ذکر شوي ده)

ساینکوپي

Syncope

په ناڅاپي ډول د لنډ وخت لپاره د شعور مختل کیدوته ساینکوپي وایي، چې ناروغ نه شي کولای چی خپل وضعیت برقراره وساتي.
ساینکوپي د **Cerebral blood flow** د کمیدو په نتیجه کې منځ ته راځي.
تشخیصیه ټکې;

ناروغ سره یو د لاندې فکتورونو تاریخچه موجوده وي.

اسباب:

I. شدید درد یا د ویرونکي خبرونو په اوریدو سره (**Vasomotor syncope**) .

II. امکان لري ناروغ ناروغ له پخوا څخه د شکر ناروغي ولري، چې دغه ناروغاتو ته **Autonomin neuropathy** پیدا کیږي.

III. امکان لري **Postural hypotension,Hypoglycemia** هم ساینکوپي رامنځ ته کړي.

IV. زړښت، ډېره کمزورتیا او شدید کم خونه ناروغان په هغه صورت کې چې د ډېر وخت لپاره ودریږي د وینې د فشار د برقرار ساتلو ستونزې لري، چې په دغه ناروغانو کې اکثره وخت د ساینکوپي حملې لیدل کیږي.

V. امکان لري د **Cardiac arrhythmia**((ټکي کارډیا او بریډي کارډیا) او د **Stenotic valvular lesions** (په خاص ډول د ابهر تضیق) ناروغان کې هم د ساینکوپي حملات منځ ته راشي چې دې ډول ساینکوپي ته **Cardiac** ساینکوپی وایي.

VI. ډېر کم کسان د **Sensitive Carotid sinus** لري، چې د شخې نیکټایي اچول یا په ناڅاپي ډول سره د غاړې تاوول د ساینکوپی حمله مخ په وړاندې بوځي چې دغه ډول ساینکوپی ته **Cartoid sinus syncope** وایي.

VII. شدید ټوخی او **Micturation** هم ساینکوپي رامنځ ته کوي.

VIII. د زیات وخت لپاره په هغه ځایونو کې پاتې کیدل چې اکسیجن کم ولري هم ساینکوپي رامنځ ته کوي.

کلینکي معاینات:

- نبض کمزوری او سلو وي.
- د وینې فشار ښکته وي،
- ناروغ خاسف او امکان لري یخ او خوله جن وي.
- امکان لري د زړه اصغا د زړه بې نظمي یا مرمر په ګوته کړي.

نوټ: د Epilepsy تفریقی تشخیص باید په ذهن کې ونیول شي، چې لاندې ټکې د تفریقی تشخیص لپاره اړین دي.

Syncope	Epilepsy
Occure while patient is standing	No special postural relationship
. Loss of consciousness in gradual	Sudden.
. Patient looks pale has low B.P and bradycardia.	. There features are not present.
. Urinary incontinence uncommon.	. Common.
Rapid recovery within short time without drowsiness afterwards.	. Recovery takes longer time and there is drowsiness afterwards.
. ECG is normal.	. ECG is abnormal.

اداره(Management):

- ناروغ سم دلاسه په بستر باندې اچول کیږي او پښې پرې یو انداز لوړیږي.

- سببي تداوې يې بايد اجرا شي.
- كه تنګې جامې يا نيكټيايي موجود وي ترې ويستل كيږي.
- په سختو او شديدو كيسونو كې ناروغ ته **I.V Dopamin drip** وركول كيږي.
- په مناسب ډول د ابتدايي ناروغۍ تداوي بايد ترسره شي.

انتاني ناروغي

Infectious Diseases

Herpres Zooster
(Shingless)

تشخیصیه ټکې:

- د ماوف عصب سره لومړۍ شدید درد موجود وي.
- جلد سورنګه وي او ورسته د 5-6 ورځو څخه ویزیکلونه تظاهر کوي.

کلینکی علایم:

- اکثره Intercostal areas ساحو کې تظاهر کوي.
- جلد سور او ګرم وي.

اداره(Management) :

- جلدی انتي وایرل Ointment او Acyeclovir Tab استعمالیږي.
- د درد د ارامولو لپاره د درد ضد درمل د بیلګې په ډول لکه Tegretol 200 mgTDS.
- د Superadden انتان د تداوی لپاره انتي بیوتیک کارول کیږي.

وچکۍ

(Typhoid Fever)

تشخیصیه ټکي;

- د تبې شروع په **insidious** شکل سره وي او امکان لري چې سردرد، د ټول وجود درد، د ستونې درد او بې اشتهایي ورسره وي
- همدارنګه د **FUO** نور عام آسباب لکه **UTI. URTI,**، مزمنه ملریا او داسې نور باید په کلینکی ډول په نظر کې ونیول شي.

کلینکی علایم:

- ناروغ تبه او **Bradycardia** لري، نبض اکثره وخت د **10/min** په اندازه لوړیږي، حرارت هم ورسره لوړ وي.
- امکان لري سر درد، ټوخی او **Malaise** هم موجود وي.
- امکان لري ناروغ د ګیډې درد او اسهالات هم ولري.
- د **Inetestinal perforation** په صورت کې ناروغ امکان لري چې د شاک په حالت کې وي.
- شاید **Spleen** د جس کیدو قابل وي.

لابراتواري موندنې::

- په زیاتره کیسونو کې **Widal test** مثبت (**1:60**) وي. د **Widal** منفی ټیسټ د **Typhoid** د انتان نه موجودیت نه په ګوته کوي

- د وینې کلچر د **Typhoid** لپاره ډېر اړین تشخیصیه ټیسټ دي، د ناروغۍ په لومړۍ اونۍ کې په **80%** ناروغانو کې د وینې کلچر مثبت وي او **25%** ناروغانو کې د وینې کلچر دناروغۍ په دریمه اونۍ کې مثبت وي.
- **WBS Count (Leucopneia)**
- **Stool** کلچر د دوه اونیو څخه وړاندې مثبت وي.
- وروسته د **10** ورځو څخه **blood culture**، **Urin,** او **Stool culture** مثبت وي .
- د بون میرو کلچر هم ډېر اړین دي.

اداره **(Management)** :

- **Inj Chloramphenical 1 Gm.QID.**

کله چې تبه ورکه شوه بیا همدغه درمل د خولې د لارې **500mg/8hourly** ورکول کیږي، ټوله تداوی د څوارلسو روځولپاره دوام کوي.

- ناروغ ته باید په مناسب ډول سره وریدی مایعات او اعراضی تداوی اجرا شي.

: Alternate therapy

- **Inj. Ampicillin** یا **Amoxil** یو ګرام **QID** یا انجکشن **. Septran B.D**
- کله چې ناروغ کې ښه والی رامنځ ته شو پورتنۍ تداوی اورتیراپي ته تغیرخوري.
- تیراپي تر دوه اونیو صورت نیسي.

نـوټ: **Ofloxin** یـا **Ciprofloxin** د **7** ورځـو لپـاره هـم ډېـره ښـه نتیجه ورکوي.

Rheumatic Fever

تشخیصیه ټکې :

- زیاتره دا کیسونه د **15** کالو څخه کم عمر کې رامنځ ته کیږي.
- د **RF** په ټولو کیسونو کې ناروغانو ته د دوه اونیو راهیسې د ستونې د درد تاریخچه (**Pharyngitis**) موجوده وي.
- جارې تبه موجوده وي.
- مفاصل سخت او پړسیدلي وي.
- ټکې کارډیا موجوده وي، امکان لري د زړه بې نظمي او مرمر موجود وي، په نادرو کیسونو کې امکان لري چې **Pericardial rub** وي او هم کیدای شي چې په کمه اندازه د زړه د احتقاني بې کفایتۍ علایم موجود وي.

Laboratory Investigation:

- **ESR** لوړ وي.
- **CRP** لوړ وي.
- **ASO tiiter** د **200 I.U** څخه زیات وي.
- **ECG** تغیرات: **Prolonged PR** انټروال.
- ټکې کارډیا.

: Jones Criteria

لومړی باید چې د **Streptococal** انتان شواهد موجود وي، د مثال په ډول د **ASO titer** لوړیدل او د ستونې مثبت سواب.

: Major criteria

I. Carditis.

II. Arthritis.

III. Subcutaneous nodules.

IV. Flitting arthritis .

V. Erythemia margintum.

VI. Chorea.

:. Minor Criteria

I. Prolonged Fever.

II. Raised ESR .

III. Arthralgia.

IV. د روماتیک تبې پخوانۍ تاریخچه.

V. په **ECG** کې **PR** انټرول اوږوالی.

تشخيص(Diagnosis) :

تشخیص یې وضع کیږي کله چې دوه غټې **Criteria** یا یوه غټه **Criteria** او دوه وړې **Criteria** موجودې وي.

اداره(Management) :

1. استراحت.

2. Tab. Aspirn 4-6 Gm./day

3.په شدیدو کیسونو کې د **Steroids** استعمال،
Prednisolone 40 mg/day د دوه اونیو لپاره.
4.**Inj. Penicillin 0.6-1.2 GM I.M** سم د لاسه, بیا **Penicillin V 250 mg QID** د خولې د لارې د 10 څخه تر 14 ورځو پورې،
هغه ناروغان چې د **Penicillin** سره حساس وي، **Erythrocin 500 mg QID** ورکول کیږي.
5.**Chorea** د **Inj. Serenace 2.5-5 mg I.M** ورکول کیږي بیا د خولې دلارې **Tab Serenace 0.5 mg TDS** استعمالیږي.

ملاریـــــــا

Malaria

تشخیصیه ټکې:

1. په لوړه درجه تبه (وقفوی تبه.) لړزه ترهغه چې ملریا ثابت شي.

تفریقي تشخیص:

- **Acute Pharyngitis**
- **Acut Tonsillitis**
- **Cholecystitis**
- **Cholangitis**
- **Glomerul-nephritis**

- Urinary Tract Infection

ملریا په مختلفو شکلونو تظاهر کوي چې هر یو ډول یې یو د بل څخه د کلینکي تاریخچې سره تشخیص کیږي.

1. Cerebral Malaria :

- لوړه درجه تبه.
- شدید د سر درد.
- سرګنګسي.
- اختلاجات.
- امکان لري محراقي نیورولیوجیکل علایم هم موجود وي.

2. Algid Malaria :

امکان لري ناروغ د کوریا په شان اعراض ولري، د مثال په ډول شدید استفراقات او اسهالات، چې د اسهالاتو له وجې ناروغ شاک ته ځي.

3. Black Water Fever :

د زیاتو هیمولایسز له د ناروغ په ادرارو کې د هیموګلوبین د موجودیت له تور ادارار لري

د پښتورګو عدم کفایه، د ځګر بې کفایتي یا فلمونری اذیما امکان لري په نادرو واقیعاتو کې یې موجوده تظاهرات وي.

تشخيص:

د وينې معايناتو د ملاريا پرازيت موجوديت په ګوته کوي.

اداره (**Management**) :

I. **Chloroquine- 4 tab** سم د لاسه، بيا **2 tab** وروسته د شپږ ساعتو څخه ، بيا **2 tab OD** د **2-3** ورځو لپاره.

II. **Tab Fansidar 3 tab. Stat** .

يا (**OR**)

III. **Tab. Fansimef** يوه ګولۍ، وروسته د **6** ساعتو د انټروال څخه **3** ګولۍ استعماليږي.

IV. د **Cerebral Malaria** په صورت کې **Inj. Quinine 1200 mg** په **1000 ml** د **5%** ډکستروز کې حل کيږي او په څلورو ساعتو کې د وريد دلارې ورکول کيږي.

V. د شاک او ډيهايډريشن بايد په مناسب ډول سره تداوي شي.

Dysentery (Amoebic/Bacillary)

تشخیصیه ټکې:

Feature	Amoebic	Bacillary
Constitu-tional features, i.e. fever abdominal pain de-hydration.	Less pronounced.	More marked
Stools.	More faecal matter less blood and mucus.	Less faecal, matter more blood and mucus
Tensmus.	Mild .	Sever.

د **Amoebic Dysentery** لپاره درمل:

I. Metronidazol (Flagyl) 400 mg. TDS د یوې اونۍ لپاره، یا
Fasigyn 600 mg. B.D د 5 ورځو لپاره.
همدارنګه لاندې درمل هم کارول کیږي.
II. Entamizole D.S Tab. / Suspention.
III. Dependal – M Tab./ Suspention .
IV. Metodine- Tab./suspention

د **Bacillary Dysentery** لپاره درمل:

یو دلاندې انتي بیوتیکونو څخه کارول کیږي.

I. Septran,2 Tab.B.D د 5 ورځو لپاره.
II. Amoxil/Ampicillin250 mg.QID د 7 ورځو لپاره.

III. Vibramycin 2 Cap. په لومړۍ ورځ، بیا یو کیپسول د ورځې یو ځل د دوه څخه تر درې ورځو پورې.

عمومي تدابیر:

I. د ډیهایډریشن لپاره، وریدي معایات ورکول کیږي.

II. د ګیډې د رد لپاره انتي سپزموډیک درمل کارول کیږي.

III. د غایطه موادو د دفعاتو د کمولو لپاره Loperamide/Lomotil استعمالیږي.

نوټ:

I. د زیاتو غایطه موادو **Passage** هایپوکلسیمیا رامنځ ته کوي، پس د پوتاشیم بیر پرځای کونه په مناسب ډېره اړینه ده.

II. ځینې وخت دا ډېره ستونزمنه وي چې په عاجل اطاق کې **Amoebic** او **Bacillary dysenteries** سره بیل شي، په اعتمادي کیسونو کې تداوی په عین وخت کې د دواړو لپاره اجرا کیږي.

اداره(Management) :

- د **Vibramycin** یو امپول په **1000 cc** پنځه فیصده ډیکستروزسلاین کې ګډیږي او بیا ناروغ ته د **2-3** ساعتو لپاره ورکول کیږي.
- همدارنګه انتي سپزموډیک او هغه درملو استعمال چې د غایطه موادو پریکونسي کموي ډېر اړین دي.

- ډیهایډریشن باید د وریدې معایاتو په ورکولو اویا په **ORS** سره کنټرول شي.
- کله چې د ناروغۍ حاده مرحله کنټرول شوه ، ناروغ ته **Maintenance therapy** توصیه کیږي.

Amoebic Liver Abcess

دا خپله د **Intestinal amoebiasis** اختلاط دی.

تشخیصیه ټکې:

- په لوړه درجه تبه، خولې او حرارت.
- په ښي هایپوکونډریم او د سینې په ښکتني برخه کې درد.
- په **10%** واقیعاتو کې امکان لري زیړی موجود وي.
- په ښې انټرکوستل خالیګاه کې ټینډرنیس موجود وي.
- د سینې اکسری د ډیاپراګم د کومبزی په شان شکل په ګوته کوي.
- نوري پلټنې لکه التراساوند ، د ګیډې معاینه او د ځګر سکین تشخیص وضع کوي.

اداره **(Management)** :

- **Metronidazol (Flygel) 800 mg. TDS.** د **10-14** ورځو لپاره.

وریدې **Flygel** هم ورکول کیږي.

- د التراساونډ ، د ځګر سکین او د معاینې پواسطه که ابسې موجودې وي **Aspiration** یې اجراکیږي.

نوټ: د سوپرایډیډ انتان د تداوۍ لپاره **Cap. Oxytetracycline 250 mg/6 hours** استعمالیږي.

کولورا

Cholera

تشخیصیه ټکې:

- د ناروغۍ په شروکید سره ناروغ بې دردہ او لوز موشن لري.
- استفراقات موجود وي.

کلینکی علایم:

- شدید ډیهایډریشن، د مثال په ډول، وچه ژبه او ننوتي سترګې.
- د وینې فشار ښکته وي.
- نبض کمزوي وي.
- اولیګویوریا موجوده وي.
- امکان لري ناروغ د شاک په حالت کې وي.

پلټنې(**Investigation**) :

- غایطه مواد یا مقعدی سواب په کلچر سره کلورا ویبرو څرګند وي.

اداره(**Management**) :

پرته د لابراتوار ریپوټ څخه تداوی یې سم دلاسه شروع کیږي.

- ناروغ ته وریدی کینولا تطبیق کیږي، که چیري د ډیهایډریشن له امله ورید ونه کولپس شوي وو ، **Venesection** باید اجرا شي.
- وریدی مایعات (**Normal Saline**) باید ناروغ ته شروع شي، چې باید لومړی دوه لتره په مابین د یو ساعت کې تطبق شي.
- د کانګو د دفعاتود پریکونسۍ په اساس ډیره بهتره ده چې **5% D/W** د **Saline** سره په نوبتي ډول په **2-3** ساعتو کې ورکړل شي.
- د اسیډوزس د تداوۍ لپاره ناروغ ته باید **50 ml of 7.5%** (**NaHCO3**) بای کاربونیت ورکړل شي.
- **ORS** په یو لیتراوبو کې ګډیږي او د اورل د لارې ناروغ ته په شپه ورځ کې ورکول کیږي.
- انتي بیوتیک ، **Tetrcycline 250 mg/6 hourly** د **2-3** ورځولپاره ورکول کیږي.

تیتانوس

Tetanus

تشخیصیه ټکې:

- امکان لري د سرک د غاړي انجری تاریخچه موجوده او یا نه وي موجوده.

- امکان لري د غوږ مزمن افرازات يا د **genital tract** انتان تاريخچه موجوده وي.
- د نوی زيږيدونکې ماشومانو په کيسونو کې د د **Umblical cord sepsis** د تاريخچې په اړه پوښتنه کيږي.

کلينکي تظاهرات:

- ناروغ خوله نه شي خلاصولي (**lock jaw**)
- د عضلاتو شخوالی موجود وي چې ښکته خواته خپريږي، د مثال په ډول، غاړه، تنه، ملا او نهايات په شخوالی اخته کيږي.
- ناروغ د غضلاتو د شخوالی حملې لري.
- که چيري زخم موجود وي، د زخم ساحې د عضلاتو موضعي شخوالی او کونټرکچر په ګوته کوي.
- که واړه ماشومان د تيتانوس په افت اخته وي نه شي کولای چې د ژړا لپاره خپله خوله خلاصه کړي.

اداره(**Management**):

- سپزم په **Inj Diazepam** سره کنټروليږي.
- د دوراني ټوکسين د حنسا کولو لپاره انټي ټوکسين ورکول کيږي. کله چې **Anti-tetanus serum(ATS)** استعماليږي، لومړی يو **Test dose 0.1 ml** د **adverse reaction** په خاطر ورکول کيږي، که چيري **Reaction** نه و موجود، بيا **I.V .** **10,000 I.U** لارې ذرق کيږي.

- که چيري **Human anti tetanus immune globulin** موجود و ، اماده کيږي او د **5000 I.U** په اندازه د ماوفه برخې ته نږدې استعماليږي.
- همدارنګه د نرسانو ښه کارکردګي او ښه غذا ډيره ضروري ده.

Rabies

Rabies يوازې د سپي د چيچلو له امله نه رامنځ ته کيږي، بلکې د نورو حيواناتو د چيچلو پواسطه هم منځ ته راځي.
خو په زياتره واقيعاتو کې د سپي د چيچلو په نتيجه کې منځ ته راځي، نو په همدی خاطر تشريح يې اړينه ده.
واکسين يې په لاندې حالاتو کې استطباب لري:

I. که چيري سپی په لسو روځو کې مړ شو ، نو دا يقين کيږي چې سپی ليونی و او بايد واکسين اجرا شي، که چيري سپی مړ نه شو ، نو دا مانا لري چې سپی ليونی نه و ، چې په دغه حالت کې واکسين استطاب نه لري.

II. که چيري سپی وروسته د چيچلو څخه و وژل شو واکسين استطباب لري.

III. که چيري د چيچلو برخه په غړی، مخ يا د سکالپ برخه وه واکسين پرته د صبرکولو څخه تطبيق کيږي.

IV. هغه شخص چې د حیواناتو خوړل شوې غذا یې خوړلې وي چې د چا سپي چې چیچل کړی و باید واکسین شي.

کلینکي تظاهرات:

- ناروغ په یو څو ورځو کې تبه پیدا کوي او د چیچلو په ځای کې درد موجود وي.
- تبه په شروع کې ناڅاپې وي.
- زړه بدی او د سردرد هم موجود وي.
- ناروغ ډیر ناارامه او په ستونې کې یې سپزم وي په هغه صورت کې کله چې اوبه څښي (Hydrophobia) .
- ناروغ اختلاجات پیدا کوي، او ځینې په همغه وخت سره مړه کیږي.

اداره(Management) :

کومه خاصه تداوي نه لري.

- په وقایوی ډول سره باید واکسین اجرا شي، چې مختلف واکسینونه موجود دي، مخکې د ااستعمال څخه مخکې باید د واکسین لیټریچر ولوستل شي.
- په هغه صورت کې چې ناروغ هآیډروپوبیا او اختلاج ولري، باید چې په بشپړ ډول ارام او د نرسانو ښه پاملرنه ورته وشي.

Chicken Pox

تشخيصيه ټکي:

- زخم په تيزۍ سره پرمختګ کوي او اساسي اعراض او علايم پيدا کوي.
- دغه ټپونه بيضوي او سطحي وي.
- ټپونه د **extenser** سطحي په پرتله په **Flexor** سطحو باندې زيات وي.
- په عين وخت کې، د ټپونو ټولې مرحلې ، د مثال په ډول لکه ماکيول، پاپيول، پاسټول او ويزيکلونه ټول موجود وي.
- امکان لري ناروغ يو د دغې ناروغۍ د اختلاطاتو څخه ولري لکه نمونيا ، **Encephalitis** او د ميوکارډ التهاب او داسې نور.

اداره(**Management**) :

- د ناروغ لپاره اعراضي تداوي صورت نيسي لکه د **Itching** لپاره **Antihistamines** ورکول کيږي او د انتان لپاره انتي بيوتيک توصيه کيږي.
- که چيري اختلاط موجود وي په مناسب ډول سره يې تداوی کيږي.
- د وايرس ضد درمل لکه **Acyelovir 5 time/day** د **5-7** ورځو لپاره.

Acyelovir د جلد ملحمونه هم کارول کيږي.

Mumps

I. د **Parotid** غدی دوه طرفه پړسوب موجود وي.

II. په نارينه وکې دا اکثراً دا د سکروټل پړسوب سره يو ځای وي.

III. امکان لري ناروغ د ګيډې مرکزی درد د **Pancreatitis** له امله موجود وي.

IV. په ښځينه ناروغانو کې د **Oophoritis** له امله کم د ګيډې درد موجود وي.

اداره **(Management)** :

- د درد لپاره د درد ضد درمل کارول کيږي.
- **Steroids- prednisolon.** دوه ټابليټ **10 mg** په هر شپږو ساعتو کې د څلور ورځو لپاره توصيه کيږي او بيا په تدريجي ډول سره يې ډوز کميږي يانې يو ټابليټ **5 mg** د ورځې.

شيری

(Measles)

تشخيصيه ټکې:

- ناروغ تبه. او د پورتنې تنفسي سيستم انتان مخکې د جلد د بخار د رامنځ ته کيدو څخه لري.

- د پوستکې بخار (**Rashes**) يې ماکيول ، پاپيول او مکولو فيستيول وي، چې لومړۍ دا د غوږونو په شا کې د ويښتو او د تندی د يو ځای کيدو په لاين باندې ښکاره کيږي.
- رش خپريږي او يو د بل سره نخليږي، چې اعظمي حد زياتوالی يې په مخ باندې وي .
- امکان لري ناروغ ته اخطلاطات لکه نمونيا ، ګيسټرواينټرايټس، اينسيپلايټس اد کونجکټيوا التهاب رامنځ ته کړي.

ادارہ(**Management**) :

- د تبې لپاره د تبې ضد درمل ورکول کيږي.
- انټي بيوتيک د **5-7** ورځو لپاره د اختلاطاتو دتداوۍ په خاطر توصيه کيږي.

تسمُــم

Poisoning

تسمُــم

Poisoning

پرته د ملاحظې د نیولو **Poison** د طبیعت څخه ، په تسمُمي پیښو کې د اداري یا د منجمنټ غټې ټکې یې په لاندې ډول دي .

عمومي تداوي:

(a) که چیري ناروغ په هوش کې نه و ، نو باید چې هوایي لاره خلاصه شي او سکشن اجرا شي.

(b) که چیري ناروغ د شاک په حالت کې و ، په مناسب ډول سره شاک تداوی کیږي .

O2 4-5 ml/min (c)

I. **To get rid of unabsorbed poison :**

(غیرجذب شوي پوایزن څخه ژغورنه)

که چیري یو ناروغ د زهرو د څښلو څخه د دری ساعتو په موده کې عاجل اطاق ته راوړل شو ، نو د تداوۍ لپاره یې لاندې مرحلې په کار اچول کیږي.

A. د استفراقاتو تخریکول:

د استفراقاتو تحریکول د ناروغ پواسطه صورت نیسي چې ناروغ ته ویل کیږي چې خپله ګوته په ستوني کې واچوه، دغه پروسیجر د ډاکټر پواسطه په هغه وخت کې صورت نیسې چې ناروغ ډېر فعال نه وي.

د استفراقاتو تحریکول په لاندې حالاتو کې مضاد استطباب دي.

- په نیمه بې هوشه ناروغانو کې.
- که چیرې ناروغ ځینې **Corrosive poisong** اخیستي وي.
- ناروغ هیرویین څښلي وي.

B. **د معدې مینځل یا Gastric Levage :**

د معدې مینځل په بې هوشه، نیمه بې هوشه او په ګنګسیت ناروغانو کې صورت نه نیسي.

د اپیوم یا د مورفین په **poisoning** کې **Gastric levage** د **Saline** یا د **KMnO4** سلوشن سره اجرا کیږي.

میتود:

معدې ته یو **Ryle tube** تیریږي، په اندازه د **200 cc** سالاین (**Saline**) معدې ته ذرق کیږي، د ناروغ د خپو طرف په اندازه د **8** انچو لوړیږي، چپ هایپوکانډریم ساحه مساج کیږي، او **Salin** دوباره د معدې څخه ویستل کیږي.

دغه پروسیجر څلور پنځه ځلې اجرا کیږي، همدارنګه د معدې څخه د تیوب په ذریعه راویستل شوي مختویات د طبي قانوني مقاصدو لپاره په کار وړل کیږي.

C. **Charcoda Therapy :**

فعال چارکول زیاتره دواګانې جذبوي او د هظمي سیستم څخه یې د یې دجذب مخ نیوي کوي، دا تیرپي د **Phenobarbitone** په کیسونو کې کارول کیږي.

میتود:

50 gr چارکول د **200 mg** اوبو سره یوځای کیږي او د **NG tube** د لارې ورکول کیږي، دا هغه وخت صورت نیسي چې د درملو د خوړلو **4** ساعته شوي وي،

مظاد استطباب:

- د **Corrosive** موادو څښل.
- د پطرولو او د **Kerosenc** په پوایزن کې.
- او د **Syrychnine poisoning** کې.

2. **To get rid of Absorbed poison:**

(د جذب شوو زهري توکو څخه ژغورنه).

دا د **inducing diuresis** په واسطه صورت نیسي، چې دغه میتود په لاندې حالاتو کې ډېر مواثره دي.

- **Long acting Barbiturat**
- **Aspirin.**
- **Amphetamines.**
- هغه پوایزن چې د ادرارو پواسطه نه خاریجیږي.
- **Diazepam.**
- **Short acting phenobarbiton.**

نوټ:

باید لاندې د وینې معاینات هم اجرا شي.

- ګلوګوز.
- یوریا.
- کریټینین.
- LFT .
- Comple blood piucgter
- ABG .
- ایلکټرولایټس.

که چیرې زهری توکي یې د پیچکارۍ پواسطه اخیستي وي، د پیچکارۍ په ساحه کې یو ټونیکیټ تړل کیږي.

خاص انټي ډوټس په بیلو بیلو پوایزنو کې ذکر شوي دي.

د نرسانو ښه پاملرنه د ناروغ سره هم ډیره مرسته کوي. لکه نرسان باید د ناروغ حیاتي نښې وګوري لکه نبض، تنفس، حرارت او د وینې فشار.

Chemical Poisonings (Organ phosphorus Compod)

دا مشتمل دي پ په هر کیمیاوي **agent** باندې چې د حشره وژونکو یا **Pesticides** لپاره کارول کیږي لکه **DDT, Rat killing, pills** او داسې نور.

کلينکي تظاهرات:

- ناروغ په زياته اندازه د خولې افرازات، خولې او اوښکې لري، همدارنګه استفراقات او زړه بدې هم لري.
- اسهالات او ګيډې درد موجود وي.
- تنفس سريع وي.
- نبض رور وي.
- کڅې **constricted** وي.
- د پيښې د شديد په اساس امکان لري ناروغ ګنګستيا ولري.
- امکان لري ناروغ ناارامه، اختلاجات او د کوما په حالت کې وي.
- سينه دوه طرفه **Coars crepts** لري.

اداره(**Management**) :

1. عمومي تداوي يې د دغه چپټر په شروع کې ذکر شوي ده.
2. **خاصه درملنه.**

Inj. Aropin 2 mg I.V سم د لاسه.

بيا دا وروسته د هرو لسو دقيقو څخه په تکراري ډول سره د **1.2 mg** په اندازه ورکول کيږي تر هغه چې په ناروغ کې د **Atropin** د زياتوالی علايم څرګند شي لکه وچ او ملايم جلد ، ټکې کارډيا او د خولې وچوالې، بيا دغه ډوز **0.6 mg. I.V** په اندازه په هر **1-2** ساعتو په موده کې تطبيق کيږي.

3. **Inj. Pralidoxime 1-2 Gm.I.V** په قلاره سره په جريان د **30** دقيقو کې.
4. د ختلاطاتو تداوی لکه د **Pulmonary oedema** په **Lasix** سره تداوی شي، او د تنفسي عضلاتو فلجوالی په مناسب ډول سره د **Tracheostomy** پواسطه تداوی شي.

Barbiturate Poisoning

کلينکی تظاهرات:

- امکان لري ناروغ ګنګس او يا د کوما په حالت کې وي.
- د حياتی مرکز ښکته والی موجود ويو پس ناروغ امکان لري چې **Rispiratory depression, Hypotention, Hyperthermia** او شاک ولري.
- **Babnisk sign** مثبت وي.

تداوي:

- عمومي تدابير بايد په مناسب ډول ونيول شي چې د چپټر په سر کې ذکر شوي دي.
- **Activated Charcoal therapy** . (د چپټر په سر کې ذکر شوي ده) .
- **Lasix 40-120 mg. I.V.** .
- د ويني ښکته فشار د وريدی **Salin** سره اصلاح کيږي، که چېرته ځواب يې ورنکړ، بيا **Dopamin** کارول کيږي.

- په شدیدو پیښو کې د ناروغ د ژوند د بچ کولو لپاره **Dialysis** اجرا کیږي.

Opium/Morphine Poisoning

کلینکی تظاهرات:

1. ناروغ کنګس او غیر فعاله وي.
2. د سترګو کڅې **Pin-pointed** وي.
3. تنفس ضعیف وي.
4. د وینې فشار ښکته وي.
5. د بدن د حرارت درجه ښکته وي.

تداوی;

1. عمومي تدابیر (د دغه چپټر په سر کې ذکر شوي دي) .
2. خاصه درملنه. د **KMNO4** په سلوشن باید معده وینځل شي.
3. **Inj. Nalarphine(Naloxone) 2-10 mg. I.V** سم دلاسه.
4. د تنفس په شدید کمښت کې مصنوعی تنفس ناورغ ته ورکلول کیږي.

Dhatura(Bhang) Poisoning

کلینکی تظاهرات:

- نـاورغ د اټـروپین د اوورلـوډ تظـاهرات لـري، چـې د خـولې وچوالی، د کڅې پراخوالی، معتدل او وچ جلد او ټکې کارډیا

تداوی

1. خاصه درملنه: Injection Neostigmine 2-5 mg. S.C .
2. د ناروغ نا ارامی په صورت کې Inj Diazepam 5-10 mg. I.V توصیه کیږي.

Aspirin Poisoning (Salicylate)

کلینکی تظاهرات;

I. پـه ځېنې کیسـونو کې نـاروغ امکـان لـري اسـتفراقات، زړه بدی، د ګیډې درد او هیماټمیزس ولري.
II. په لوړه کچه خولې.
III. ناروغ ډیهایډریشن لري.
IV. حرارت لوړ وي.
V. ټینایټس.
VI. سریع تنفس.
VII. په مـزمن سـګرټ څښـونکو کې امکـان لـري فلمـونری اذیمـا موجوده وي.

VIII. په رمخ تللي کيسونه يې تنفسي بې کفايتي، خون ريزي،ا ختلاجات او کوما موجوده وي.

لابراتواري معاينات:

I. د پروترومبين وخت پکې اوږد وي.

II. همدارنګه هايپوګلايسيميا يا هايپرګلايسيميا وي.

ادارہ(**Management**) :

1) **Gastric levage** .

2) چارکول تيراپي.

3) **I.V 5% DW- 1 Litter with 2 ampule of NHCO3** په اندازه د **10 ml/min** .

4) د اختلاجاتو لپاره **Inj Diazepam(10 mg)** . يا **Phenobarbiton (200 mg) I.M or I.V** .

5) **Inj. Vit, k 10 mg I.M** سم دلاسه، چې د وينې بهېدنې ميلان درست کړي.

6) لووه تبه په **Cold sponging** سره تداوي کيږي .

7) قوي ډايوريسزس بايد صورت ونيسي تر څو جذب شوي اسپرين د بدن څخه بهر کړي.

Alcoholic Poisoning

کلينکي تظاهرات:

1) د ناروغ تنفس د الکولو بوی کوي.

2) نور تظاهرات یې د الکولو د څښل شوي مقدار پورې اړه لري.
3) **Mild** کیسونه یې **Disorientation** او بې ربطه خبرې لري.
4) په شدید **Intoxication** کې ناروغ د اطرافو حرکات خراب وي، د سترګو کڅې یې پراخه وي، بې هوشه او غیرمنظم تنفس او د کوما په حالت کې وي.
5) که چیري ناروغ تداوی نه شي کیدای شي مړینه رامنځه ته شي.

لابراتواري موندنې:

هایپوګلایسیمیا موجوده وي.

اداره (**Management**) :

I. عمومي تدابیر د چپټر په شروع کې ذکر شوي، همدارنګه ناروغ ته **Gastric Levag** کیږي.

II. **50 ml of 5% glucose I.V** سم د لاسه، بیا **5% dextrose drip** په دوام دار ډول سره ورکول تر هغه چې ناروغ ریکور شي (اکثره په جریان **4-6** ساعتو کې) .

III. **Inj. B complex (100 mg thiamine) I.V stat** .

IV. که چیري ناروغ د پورتنۍ درملنې سره ځواب ورنکړ نو بیا د لاندو نقاطو په اړه فکر کیږي او په مناسب ډول سره تداوی کیږي،

- کیدای شي د نور **Poisoning** ورسره یو ځای وي.

- په مزمنو الکوليک کې د ځکر تخريب د مثال په ډول د ځګر بې کفايتي موجوده وي.
- **Head Injury** .

د خاورو تيلو تسمم

Kerosene Poisoning

کلينکی تظاهرات:

1) پيښې يې زياتره په ماشومانو کې رامنځ ته کيږي.
2) په شروع کې زړه بدی او استفراقات موجود وي.
3) وروسته د نمونيا تظاهرات (د **Aspiration** له امله) موجود وي.
4) په شديدو کيسونو کې اختلاجات او کوما وي.

تداوی:

1) عمومي تدابير يې په شاته صفحه کې ذکر دي.
2) استفراقات بايد تحريک نه شوي.
3) **Gastric levag** بايد اجرا نه شي .
4) وسيعه ساحه انتي بيوتيکونه استعماليږي چې نمونيا تداوی، کومه چې د **Inhalation** له امله رامنځ ته شوي ده.

5) همدارنګه نور محافظوي تدابير ورته نيول کيږي لکه د نرسانو ښه پاملرنه او داسي نور.

Benzodiazepine Poisoning

د **Diazepam (Valium)** يا د نورو درملو لکه **Lorazepam, nitrzepam,** يا **Oxyzepam** په زياته اندازه استعمال د دماغی او د تنفسي وظايف کموي.

کلينکی موندنې:

1) **Drowsiness**.
2) **Dysartria**.
3) **Ataxia**.
4) **Confusion**.

اداره(**Management**):

- عمومي تدابير يې د دغه چپټر په شروع کي ذکرشوي دي.
- **Inj Flumazenil (benzodiazepine antagonist) 0.2 mg I.V** يه ديرشو دقيقو کې، چې په **0.3 mg at one min** ډوزباندې تعقيبيږي. که چيري ځواب يې ورنکړ، بيا د **Benzodiazepine poisoning** ناشوني دي.
- د **Mixed poisoning** په صورت د مثال په ډول **Benzodiazepine** او **Tricycle anti-depresant** کې دا درمل مضاد استطباب دي.

Drug wIthdrawal State

تشخیصیه ټکې:

- ناروغ یا د هغې پایواض به د د درملو د روږدوالی تاریخچه ورکړي.
- د یو شخص لپاره یا د نورو

کلینکی تظاهرات:

1. ناروغ **anxious** وي.
2. ناروغ لړزه او سرګنګسي لري.
3. د عضلاتو د کمزورتیا څخه شکایت کوي.
4. په اخره کې، جټکې، سودایي توب او ګډوډتیا منځ ته راځي.

اداره(**Management**):

منجمنټ یې د ناروغ د حالت پورې اړه لري ، که چیري ممکن و، **addictive** درمل شروع کیږي، چې یو ځل وید ډراول اعراض ختم شي، بیا ناروغ د سائکاټري یونټ ته د **addiction** تداوۍ لپاره لیږدول کیږي.

که چیري **addictive drug** موجود نه و او ناروغ **Fits** درلودل نو بیا لاندې درمل ورکول کیږي.

- **Inj, Pentotha sodium I.V**
- **Inj. Valium 10 mg** په قلاره سرد د ورید د لارې.
- **Inj. Phenytoin 100 mg TDS**

که چیري د ناروغ جټکې او **Confusional** حالت زیات و، نو په دغه صورت کې ناروغ د سائکاټري وارډ ته لیږدول کیږي.
که چیري نور اعرض موجود و لکه برانکو نمونیا، اسهال او منتن هیپاټایټس موجود و، نو په مناسب ډول سره تداوی کیږي.

د مار چیچل

(Snake-Bite)

تشخیصیه ټکې:

په هغه صورت کې چې ناروغ د چیچلو په لامل نه وي متیقین، لاندې نقاط د مار د چیچلو په تشخیص کې مرسته کوي.

1. دوه د داړلو نښې به وي، نادراً امکان لري چې یوه نښه وي.
2. که چیري د سرچپه **U** شکل نښه وه، دا د غیر زهری مار چیچل په ګوته کوي.

کلینکی تظاهرات:

I. کلینکی تظاهرات د مار د چیچلو پورې اړه لري.
II. په موضعی ډول سره د ماوفه برخې سور والی پړسوب او بولس پورمیشن لري.
III. وروسته **Ulceration** منځ ته راځي.
IV. استفراقات موجود وي.

V. ناروغ امکان لري د قلبي وعايي سيستم او مرکزی عصبي سيستم علايم ولري
VI. امکان لري ناروغ د کوما په حالت کې وي

اداره(Management) :

1. که چيري ناروغ د مار د چيچلو د څلور ساعتو رپورټ درلوده، يو ټورنيکيټ پواسطه د چيچلو ځای تړل کيږي، چې وروسته د نيم ساعت څخه د يو دقيقی لپاره سستيږي.
2. موضعی انسيژن او سکشن اجرا کيږي.
3. که چيري زخم او sloughing وو، ساحه د جراحی پواسطه desloughe کيږي.

د غومبسی او د مچۍ چيچل

Wasp And Bee - Sting

اداره(Management) :

1. د موضعی درد او پړسوب لپاره انتی هيستامينيک کريم کارول کيږي.
2. په شديد کيسونو د اورل د لارې يا د انجيکټيبل لارې Antihistamines ورکول کيږي.
3. د شديد سيستميک الرژيک عکس العمل په صورت کې Steroid(Solucortef 100 mg I.V) زرق کيږي.

لړم چیچل

Scorpion-Sting

د لړم چیچل وژونکي نه دي بلکې دردناک وي، کم ناروغان امکان لري بې حسه والی یا hyperaesthesia, ،خولې، او ښکې او په نادرو واقیعاتو کې امکان لري ناروغ شاک ته لاړ شي او هم کېدای شي چې په کوچنیانو کې مړینې لامل وګرځي.

تداوي:

1. د زهرو د خپریدو د مخ نیوي لپاره باید چیچل شوي ساحه په یو بنداژ وتړل شي.
2. تحت الجلدی موضعی **Lignocaine** تطبیق.

Miscellaneous

اقليمي اغېزې

(Climatic Effects)

ګرمۍ وهل Heat Stroke) :

تشخيصيه ټکې:

1. ناروغ به د ډېر وخت لپاره د لوړ حرارت سره د مخ کيدو تاريخچه ولري.
2. په کلينکي معاينه کې به ناروغ وچ ګرم جلد ولري او د حرارت درجه په د 104°F په اندازه وي.
3. ټکې کارډيا به موجوده وي او تنفسي ريټ به هم سريع وي.
4. امکان لري ناروغ د شاک په حالت کې وي.

: D/S

ملـــريا سره.

اداره(Management) :

ترټولو اړينه دا ده چې د ناروغ حرارت کم کړای شي. ، چې دا د اسانتياو د موجوديت پورې اړه لري د مثال په ډول ايرکنډيشن لرونکی خونه او داسې نور، د ډېرو يخو اوبو کارول منع دي، ځکه چې د Vaso-Constriction رامنځ ته کوي.

- د ناروغ پښې، متان، ګېډه، سر او غړې لوڅېږي او يو يخ کالی يا يوه يخه ټوټه پرې خپريږي او د پکې لاندې اچول کيږي، تر هغه چې حرارت ښکته راشي، د هر پنځلسو دقيقو څخه

وروسته حرارت خارل کیږي. بیا ناروغ ته د تبې ضد درمل ورکول کیږي.

- که شاک واقع و ، په مناسب ډول سره تداوی کیږي.
- د ډیهایډریشن د تداوۍ لپاره ناروغ ته وریدی مایعات ورکول کیږي.

Heat Exhaustion

تشخیصیه ټکې:

1. ناروغ د تمرین یا د تبې له امله د ډیر وخت راهیسې په زیاته اندازه خولې لري.
2. د ناروغ کلینکی معاینات یخ وچ بدن په ګوته کوي.
3. ناروغ د غضلاتو کرمپس، سردرد ، د سترګو توریدنه، کمزوري او شدیده تنده لري.
4. نبض سریع وي او د وینې فشار ښکته وي.
5. همدارنګه **Oliguria** هم موجوده وي

اداره(**Management**) :

- وریدی **3-2** لیټره نارمل **Salin** په **24** ساعتو کې ورکول کیږي، په اساس د ناروغ د کلینکی حالت.
- د اورل د لارې سالټ واټر او ګلوکوز مکسچر ورکول کیږي.
- همدارنګه ناروغ ته په لومړۍ **24** ساعتونو کې په اندازه د **20-30** ګرام **NaCl** ورکول کیږي.

د یخ اغېزې

Effect of Cold

Frost Bite:

ناورغ د لاس او خپو په ګوتو کې بې حسه والی او **Tingling** لري، په سختو کیسونو کې امکان لري ناروغ د یخ له امله **Burning feeling** ولري.

په معاینې سره جلد خاسف او سپین وي، په شدیدو کیسونو کې امکان لري چې بلیستر، نیکروزس او ګانګرین موجود وي.

اداره(**Management**):

1. ناروغ د کمپلو پواسطه تودیږي او هم باید ناروغ د بخارۍ په خوا کې واچول شي.
2. ګرم څښاک باید ناروغ ته ورکړل شي.
3. په شدیدو کیسونو کې ناروغ د **10-15** دقیقو لپاره په ګرمو اوبو لمبول کیږي.
4. د درد او د انتان لپاره د درد ضد درمل او انتي بیوتیک توصیه کیږي.
5. د اندامونو تمرین باید اجرا شي.

هایپوترمیا

Hypothermia

که چیري د بدن د حرارت درجه د نارمل درجې څخه کمه شي هایپوترمیا بلل کیږي.

د 35°C څخه ښکته تر 34°C پورې، مایلډ هایپوترمیا ده

د 30°C څخه ښکته شدیده هایپوترمیا ده.

اسباب(Causes) :

I. د ډېر وخت لپاره د یخ سره مخامخ کیدل.

II. په یخو اوبو کې ډوبیدل.

III. هایپوتایروډیزم.

IV. د عمر پای د بیلګې په ډول چې په زړو اشخاصو کې هایپوترمیا منځ ته راځي.

V. د اډرینال غُدی بې کفایتي.

VI. د سائکاټریک درملو استعمال.

اعراض او علایم;

- لړزه.
- ټکي کارډیا.
- دذهنې فعالیت کموالی.
- د عکساتو کم والی.

- اوږد **QT** آنټروال د انورژن **T wave** او د بطیني بې نظمۍ سره.
- د تنفسي ریټ کم والی.
- د ادرارو د مقدار زیاتوالی.
- په پرمختللو کیسونو کې امکان لري کوما رامنځ ته شي.

لابراتواري معاینات:

- د سیروو پوتاشیم لیول زیات وي.
- د وینې ګلوکوز اندازه پورته وي.

اداره(**Management**) :

- د هوایي لارې پاملرنه وشي.
- اکسیجن انهیلیشن.
- ناروغ په کمپلو کې تاو شي.
- په ګرمو اوبو ولمبول شي.
- ګرم ځنباک تطبیق شي.
- انتی بیوتیک وکارول شي.

بریښنايي شاک

(Electric Shock)

- کلينکي لوحه يې د برق نيونې د شدت پورې اړه لري.
- امکان لري ناروغ په اطرافو کې **tingling sensation** او **numbness** ولري.
- قوي برقي شاک امکان لري چې د يو څه وخت لپاره حيسيت له منځه يوسي.
- وروسته د بياروغنې څخه امکان لري ناروغ د يو څو ساعتو لپاره ماوفه اندامونو فلج ولري.
- د غضلاتو شخوالی او درد د يو څو ورځو لپاره موجود وي.
- د برقی شاک شديد ډول امکان لري چې بطينی بې نظمي (**Tachycardia, fibrillation**) او مړينه رامنځ ته کړي.
- ناروغ امکان لري د برقي کرنټ په ساحه کې د سوځيدو نښې ولري.

اداره(**Management**) :

- د ناروغ سم دلاسه بيارغونه پيل کيږي، تنفس، نبض، وينې فشاراو د زړه ابنارملتيې کتل کيږي.
- د قلبي بې نظمۍ لپاره **ECG** اخيستل کيږي، که چېرته بې نظمي موجوده وه په مناسب ډول سره تداوی کيږي(تشريح يې په قلبي بې نظمۍ کې ذکر شوي) .

- که شاک موجود په مناسب ډول تداوي کیږي(تشریح یې د شاک په چپټر کې ذکر شوي) .
- که اسیډوزس موجود وي په **NaHCO3** د ورید د لارې په ورکولو سره تداوي کیږي.
- که چیري زخم موجود و انتی بیوتیک توصیه کیږي.
- د قلبې ارتمیا د کتنې لپاره ناروغ د **6-12** ساعتو لپاره د مشاهدې لاندې ساتل کیږي.

ډوبېدل

(Drowning)

د ناروغ حالت د ډوبیدو د وخت پورې اړه لري، چې امکان لري په قسمي ډول بې هوشه وي او یه مکمل ډول.

اداره(**Management**) :

I. حیاتی علایم د مثال به ډول، تنفس، نبض ، وینې فشار او قلبې اوازونه سم د لاسه کتل کیږي.

II. تنفس د **ETT** پواسطه د هوايي لارې په پاکولو سره دوباره شروع کیږي.

III. **100%** اکسیجن تطبیق کیږي.

IV. وریدی کینولا تیریږي او **50 cc** د **7.5% NaHCO3** و رکول کیږي.

V. **I.V Ringer solution** انفیوز کیږي.

VI. كه چيري ناروغ د شاك په حالت كې و ، د شاك تداوي ورته اجرا كيږي.

VII. د **Aspiration** نمونيا په صورت كې انتي بيوتيك توصيه كيږي.

VIII. امكان لري ناروغ ته په **24** ساعتو كې په ناڅاپي ډول **Cerebral odema** پيدا شي چې دا په **I.V Monitol 250 ml in 20 min** سره تداوي كيږي.

سوځېدنه

(Burns)

كله چې يو ناروغ د روغتون عاجلي خونې ته د سوځيدو سره راشي، اسيسمنټ يې صورت نيسي او په فكر كې لاندې دري اړخه نيول كيږي.

I. د سوځيدنې فيصدی.

II. د سوځيدنې موقيعت.

III. د سوځيدنې ژوروالی.

1) د سوځيدنې فيصدی(Percentage of Burns) :

دا فيصدی د "Rule of nine" پواسطه حسابيږي، چې په لاندې ډول ده . سر ، غړی او مخ ________________ 9% .

1) هر مټ_ 9% ________________ 18% .

2) هره پښه_ 18% ________________ 36%

3) د سينې مخه او ګېډه ________________ 18%
4) د تنې شا ____________________ 18%
5) پيرينيم او جينيټليا ______________ 1%
ټوټـــــل ______________________ 100%

د فيصدۍ له نظره سوځيدنه په درې ډوله ويشل شوي ده.

A. Minor : کله چې سوځيدنه د 15% څخه کمه وي.

B. Moderate : کله چې سوځيدنه د 15-30% څخه وي.

C. Sever : کله چې سوځيدنه د 30% څخه زياته وي.

2) د سوځيدنې موقيعت(Location of Burns) :

په ثابت ډول سره د مخ سوځيدنه تنفسي لاره د ګرمې هوا د تيريدو له امله مصابوي، د لاسونو سوځيدنه، د پښو سوځيدنه او د پيرينيم سوځيدنه اضافي ستونزه ده او تداوي يې يو ماهر متحصص ته ضرورت لري.

3) د سوځيدنې ژوروالی(Depth of Burn) :

د جلد د پنډوالي د مصابيدو له نظره ، سوځيدنه په درې ډوله طبقه بندي شوي ده.

1. لومړۍ درجه سوځيدنه.
2. دويمه درجه سوځيدنه.
3. درېيمه درجه سوځيدنه.

❖ لومړۍ درجه سوځيدنه:

په دغه کيس کې د پوستکې سطحي طبقه مصابه وي، چې تنها کو پکې تشکل کړي وي.

❖ دویمه درجه سوځیدنه:

په دغه کیس کې د پوستکي قسمي پنډوالی سوځیدلی وي، په فزیکی معاینې سره ماوفه ساحه ګلابی وزمه، سره او مرطوبه ښکاري، چې دا یو ډېر دردناک حالت دي او پوستکي پکې **Hypersensitive** وي.

❖ دریمه درجه سوځیدنه.

په دې کیس کې د پوستکي مکمل پنډوالی سوځیدلی وي، په فزیکي معاینې سره ساحه سپینه او وچه ښکاري، او دا یو کلک پوستکي وي چې حساس نه وي.

اداره(**Management**) :

نوټ: سوځیدنه په جراحی یونټ کې تداوی کیږي، تر هغه وخته پورې چې جراحي کومک رارسیږي ناروغ باید په میډیکل وراډ کې وساتل شي او مخافضوی تداوی ورته شروع شي.

1. که چیري ناروغ په درد کې و، د درد د ارامولو لپاره مناسب درمل ورکول کیږي.

2. Inj. TetanusToxoid باید تطبیق شي.

3. زخم په Antiseptic لوشن سره پاک کړای شي.

4. د مخ او د perineum د سوځیدنې په صورت کې باید زخم خلاص پاتي شي.

5. په دویمه یا دریمه درجه سوځیدنه کې باید ناروغ جراحی وارډ ته ولیږل شي.

6. ناروغ ته وریدی مایعات تطبیق شي

- که سوځېدنه 20% اویا د شل فیصدو څخه زیاته وه، ناروغ ته په لومړئ 24 ساعتو کې 3 لیتره مایعات ورکول کیږي، او 2 لیتره په نږدې 24 ساعتو کې تطبیق کیږي.

- Plasma -1 litter
- Saline -1 litter
- 5% Dextrose -1 litter

50% د دغه سلوشن څخه په لومړی 8 ساعتو کې ورکول کیږي او 50% په نږدې 16 ساعتو په دوران کې ورکول کیږي.

د نرسانو ښه پاملرنه د سوځیدنې په درملنه کې ډېر رول لري.

عمومي پرکتس لپاره لارښود

Guide
For General Practice

بيړني درمل

`(Emergency Drugs)

1) Inj. Solucortef يا Decadron :

اسبطباب;

- Anaphylactic shock.
- Fall of B.P
- شديد الرژيک عکس العمل
- Bronchial asthma

Dose:: 100-200 mg I.V

2) Inj. Adrenaline :

استعمال يې د Steroids په شکل دي.

Dose : 1-5 cc S/C.

3) Inj. Morphin :

په لاندې حالاتو کې دغه درمل د درد د کمولو لپاره د خوښې درمل دي.

- قلبي احتشاء.
- فلمونري اذيما.
- رينل کوليک.
- بايلري کوليک.

Dose : 7.5-15 mg. Morphin I.M I.V

جانبي عوارض:

- ځينې وخت د فشار ښکته والی.

- خولې.
- استفراقات.
- سرګنګسي.

4) **Inj. Aminophyline (250 mg) :**

دغه درمل د **Bronchial asthma** په صورت کې استعمالیږي، دا باید د ورید د لارې په قلاره سره په **20** دقیقو کې ذرق شي، چې د **5%** ګلوکوز په **10 cc** کې ګډیږي.

5) **Injection (Buscopan) :**

دا د **Intestinal colic, renal colic** او **Biliary colic** په صورت کې استعمالیږي، استعمال یې د **I.V** یا **I.M** د لارې صورت نیسي او دا هم په وریدي ډریپ کې ګډیږي.

6) **Inj. Of NSAID(dicloran, Artefan etc)**

دغه درمل په لاندې حالاتو کې استعمالیږي.

- **Abdominal colic**
- **Renal colic**
- **Biliary colic**
- **Skeletomuscular pain**

ذرق یې د **gluteal** په ساحه کې د **I.M** د لارې صورت نیسي.

7) **Inj. Valium/Phenobarbitone :**

د **Status epilepticus** لپاره یا د هر اختلاجي حالت لپاره د خوښې درمل دي، چې د ورید د لارې کارول کیږي، د عضلاتي لارې هم کارول کیږي.

8) **Inj. Anti-allergic (Avil) :**

دا د جلد د عکس العمل په صورت کې استعمالیږي چې د درملو او یا د نورو موادو له امله رامنځ ته شوي وي ، او **I.M. I.V** د لارو کارول کیږي.

9) Inj. Largectal :

Dose : I.M/IV 25-50 mg .

دغه درمل په ناارامۍ او په روحی ناروغ کې کارول کیږي، او همدارنګه د **Hyperpyraxia** ، استفراقاتو او په هیټکو کې استعمالیږي، عوارض جانبي یې په نادر ډول سره د وینې د فشار کموالی دي.

10) Inj. Coramin and B. Comples :

دا درمل په پرتله د هرې تداوۍ په ناروغانو کې د روحیاتي قناعت لپاره استعمالیږي.

11) Inj. Lasix :

باید همیشه په قلبي سابندۍ **(Pulmonary oedema)** کې او د وینې په لوړ فشار کې د ورید دلارې وکارول کیږي.

12) Inj. Digoxin :

د زړه په احتقانې بې کفایتي کې د خوښې درمل دي.

Dose : 0.25-1 mg. I.V.

13) Smelling Ammonia Salt :

ډېر ښه میډیسن دي چې هیسټریک ناروغ دوباره خپل شعور ته راولي.

14) Inj. Anti-emetic(Maxalon,plasil or Marzine) :

باید د شدید استفراقاتو ، زړه بدۍ او د سرچکر په حالاتو کې وکارول شي.

15) I.V. Drip: Saline,/5% dextrose :

دا د ناروغ د حالت مطابق استعمالیږي.

16) Tab. Angisea(Or Insordil 5 mg) :

په هغه درد کې کارول کې چې د زړه د اسکیمیک ناروغیو په **base** کې رامنځ ته شوي وي.

استعمال یې د ژبې لاندې صورت نیسي.

د ډيپنسرۍ لپاره درمل

(Drugs for Dispensary)

په عمومي پرکټس ډيسپنسرۍ کې بايد لاندې درمل موجود وي.

انلجيزيک:

I. Tab. Aspirin.
II. Tab. Paracetamole.
III. Tab. Phenybutazone
IV. Tab.Brufen 200 mg
V. Inj. Phenylbutazone
VI. Tab. And Inj. Novalgin

انټي بيوتيکونه:

I. Tab. Cotri. (Septran) .
II. Tab. Erythromycin
III. Cap. Ampicillin
IV. Cap. Doxycycline
V. Syp. Cotri for Children
VI. Syp. Erythromycin for Children
VII. Inj. Gentamycin I.M
VIII. Inj. Kanamycin I.M

Antidiarrhoeal :

I. Syp. Kaopect
II. Tab. Lomotil(for adults only)

Antidysenteric :

I. Tab. Metronidazol
II. Tab. Furoxon
III. Tab. Neo Intestopan
IV. Tab. Entox

Antiallergic :

I. Inj. Chlorphenaramin
II. Tab. Chlorphenaramin
III. Tab. Largectil 10 mg
IV. Syp. Largectil for children

Antiemetics :

I. Tab. Metaclomide
II. Tab. Largectil 100 mg
III. Inj.Stemitil
IV. Syp. Largectil for children

Antispasmotic :

I. Tab. Buscopan
II. Inj. Buscopan
III. Tab. Hyocin Comp

Miscellaneous Drugs :

I. Tab. B. Complex
II. Syp. B. Complex
III. Tab. Sodamint use for hyperacidity cases
IV. Tab. Ferrous Sulphate
V. Tab. Diazepam(2 mg)
VI. Syp Ammonium-chloride

د پورته ذکر شوو درملو سره لاندې سامان باید هم په ډیسپنسرۍ کې موجود وي.

I. **Mortal and pestle**
II. Dressings/Badages/Cotton
III. Sticking plaster
IV. Gention violet
V. Sprit
VI. Needles and threads for stitching the wound
VII. Disposable syringes 2.5 cc and 5cc

نوټ:

I. هرکله چې د ورید د لارې یوځل سیرنج استعمال شي باید د دوهم ځل لپاره استعمال نه شي.

II. عضلاتي انجکشن باید وروسته د ذرق څخه په یو خاصه کثافت دانۍ کې ګذار شي.

د ګېډې ساحي او په هغې کې پتالوژيک تغيرات

لومړۍ ساحه (ښې هايپوکانډريم):

1. Hepatic Pain.
- هيپاټيک اميبيا سيز.
- منتن هيپاټايټس.

2. Gall bladder pain
- کولي سيسټايزس.
- بايلري سټون.

3. پليورا التهاب.
4. د ټرانزورس کولون سپزم.
5. ځينې وخت د معدې زخم.

دويمه ساحه (چپ هايپوکانډريم).

I. پليوريزی.
II. د ټرانزورس کولو سپزم.
III. د ينې درد.
IV. ځينې وخت د معدې زخم.

دريمه ساحه (ښې لمبر).

I. د ښې پښتورګي درد.
- انتان.
- تبره.

II. د تریخې درد.
III. د نازله کولون سپزم، (امکان لري د امیبیا سز له امله).

څلورمه ساحه (چپ لمبر).

I. د چپ پښتورګي درد.
- انتان.
- تیږه.

II. Descending کولون سپزم (امکان لري د امیبیا سز له امله وي)

پنځمه ساحه (Rt Iliac).

I. د اپنډیکس التهاب.
II. امیبیا سز.
III. سیکوم توبرکلوز.
IV. په ښځو کې ګاینکالوژیک درد.

شپږمه ساحه (Lt Iliac).

I. Descending کولون سپزم (امکان لري د امیبیا سز له امله وي)
II. چپ احلیل تیږه.
III. په ښځو کې ګاینکالوژیک درد.

اومه ساحه (اپیې ګیستریم).

I. د معدې زخم.
II. هوک وارم انتان.

III. پانقراص التهاب.
IV. پلیوریزی.
V. انګواینل درد.

اتمه ساحه (Umbilical) .

I. پیپټیک السر.
II. امیوبیاسز.
III. د پانقراص التهاب.

نهمه ساحه (هایپوګیسټریم) .

I. د بولې قنات دردونه.
II. په ښځو کې ګاینکالوژیک درد.
III. Amoebiasis.

که چیرې په ټوله ګیډه کې په عمومي ډول سره درد ، سخت والی موجود وي، د لاندې امکاناتو په اړه فکر کیږي.

I. Amoebiasis
II. د ګیډې توبرکلوز.
III. د چینجو موجودیت.
IV. د غذا سوئې جذب.
V. غیزهضم شوي غذا .
VI. Peritonitis.

د Renal colic او د اپنډیکس د الهتاب ترمنځ تفریقي تشخیص.

Renal Colic	Appendicitis
ناروغ ډېر ناارامه وي او په خپل بستر کې کې د درد له امله ګرد تاویږي.	ناروغ په بستر کې خاموشه پروت وي او حرکت نه کوي.
درد په حملوي شکل منځ ته راځي.	درد تقریباً ثابت وي.
کوم خاص وضیعت نلري.	کله چې قدم وهي ناروغ خپله پښه نیسي.
په Appendicular area کې ریباونډ ټینډرنیس نه وي موجود.	ریباونډ ټینډرنیس همیشه موجود وي.

عمده شکایات (Complaints):

هغه معمول شکایتونه چې یو ناروغ د داخله ناروغیو څانګې ته د راتګ لپاره مجبوروي په لاندې ډول دي.

1) تبه.
2) ټوخې.
3) زکام.

4) د سینې ناارامي.
5) په تنفس کې سختي.
6) د ملا درد. غړی درد ، مفصل درد.
7) سوځیدنه.
8) د ادارو کولو په وخت کې درد.
9) د ایپې ګیسټریم ناحیې درد.
10) د ګیډې پراخوالی.
11) پیچس.
12) اسهالات.
13) قبضیت.
14) د ژبې التهاب یا د ژبې پخوالی.
15) سردرد ، سرچرخي ،
16) د لاسونو او پښو بې حسه والی.
17) د پښو پړسوب.
18) لړزن.
19) بې هوشي.
20) هیسټیریا.
21) لیوکوریا.
22) کمزوري.
23) شنډتوب.
24) بې خوبې.

25) بې اشتهايي.
26) خفګان.
27) عصابانيت.
28) د زړه ټکان.
29) چاغوالی.
30) د ګېډې کولیک درد.
31) د مخ پړسوب.
32) د سینې درد.
33) لړمۍ.
34) او داسې نور.

تبه (Fever):

تبه په ټولو عمرونو کې يو معمول شکايت دي چې ډاکتر ته وړاندې کيږي، تبه پخپله د کومې ناروغۍ لپاره تشخيص نه دي، هميشه د ټولو سيستمونو ټولي ناروغۍ سره د نور اعراض د تبې په شکل موجود وي.

لاندې د ليستې په شکل د مربوط اعراض دي چې بايد له ناروغ څخه يې په اړه پوښتنه وشي.

(په تفريقي تشخيص کې د ډاکټر د مهارت او د پرکټس پواسطه ډېر **معمول** او د ارزښت وړ ناروغيو يادونه کيږي).

نوټ: د مختلفو ناروغيو تداوی د تبې سره يو ځای وي چې تشريح يې په مناسب چپټر کی ذکر شوي ده.

1. Rigors, Chills, Shivering .

د Rigors سره تبه د لاندې افاتو له امله وي.

I. ملاريا.
II. د ټانسلونو حاد التهاب.
III. د بولې قنات انتان.
IV. د صفراوي قنات التهاب.
V. د عضويت په هره برخه کې د Pus موجوديت.

- د ستونې درد ، ټوخې او ورسره مربوط اعراض د ټانسلونو د حاد التهاب او د Pharyngitis تشخيص دي.
- د Lumber په ساحه کې د micturation, pain ، د ادرارو په پاس کولو کې سختې د بولې قنات انتان ته اشاره کوي.
- په ښې هايپوکاندريم کې د درد مربوطه اعراض، چې د شيدو په څښلو او په غير هضم سره اګريويټ کيږي ، Cholecystitis ته اشاره کوي.

د لړزې سره تبه ملاريا ته ډېر احتمال لري.

2. تبه او ورسره شديد درد خاص کر د ملا درد ، په ورانه کې درد ، د ستړتيا احساس او کمزوری عموماً د وايرل انفکشن له وجې وي.

3. ناروغ چې بنده پوزه، بهيدلې سترګې، پرنجي، دردمند ستونې، د توخې زياتې حملې او د بلغمو سره او يا بغير د بلغمو

د پورتنې تنفسي سیستم (URTI) په انتان دلالت کوي، چې په معاینې سره ستونې کوجیستېډ او مرطوب وي.

4. د شخص، وچ یا بلغم داره ټوخې ، د تنفسي سیستم سختي، د سینې درد ، د نارمل اویا د کونجیستډ ستونې سره، کله کله د رونکای، کریپټ د ښکتنې تنفسي سیستم انتان په موجودیت دلالت کوي.

5. په هغه صورت کې چې د سینې د درد د حادی حملې تاریخچه موجوده وه چې د شهیق پرمهال زیاتیده او ورسره په لوړه درجه تبه هم وه، سریع تنفس او ټوخي چې کیدای شي بلغمداره او یا بغیرد بلغمووي، د نمونیا یاد سینه بغل تشخیص دي چې باید همیشه په ذهن کې ونیول شي. چې په اصغا سره خلاصه کیږي، په اصغا سره په ساحه کې **Coars crepts** او په پرمختللو کیسونو کې **Bronchial breathing** وي.

د پلیورا التهاب هم د سینې درد تظاهرات(چې د **Inspiration** پروخت زیاتیږي.)، تبه ، ټوخي لري، چې د سینه بغل څخه یې تفریق کوونکې ټکې په لاندې ډول دي.

- په شروع کیدو کې سلو وي.
- تبه یې په لوړه درجه نه وي.
- په اضغا سره امکان لري د درد په ساحه کې پلیورل رب موجود وي.

6. که چیري د درد مربوط اعراض په ښي هایپوکانډریم کې موجود وي بیا د لاندې ناروغیو تشخیص په ذهن کې ساتل کیږي.

- **Infective hepatitis**
- **Amoebic hepatitis**
- **Cholecystitis**

د منتن **Hepatitis** په صورت کې به ، د بې اشتهایي او د زړه بدې تاریخچه هم موجوده وي، چې په معاینې سره به ځګرد جس وړ وي، زیړی به موجود وي.

7. تبه سره د شدید سردرد ، ټوپ وهونکې استفراقات(خاصتاً په ماشومانو کې) او دمرۍ شخوالی، **URTI** د اعراضو څخه بغیر ، د **Meningitis** تشخیص دي، چې د تائید لپاره یې **Kerning's sign** کتل کیږي.

8. د شیري د جلد د بخارموجودیت او چیکین پاکس باید په **Spot** سره تشخیص شي، د غوږ په مخ کې درد مند پړسوب د بُغتې تشخیص دي،.

9. که چیري د میاشتې راهیسې اوږد ټوخې(او په ورځنۍ طبې درملنې سره یې ځواب نه وو ورکړی) د وزن باختل و ، د فلمونري توبرکلوز په اړه دې فکر وشي، که چیري په خلفی **Cervical lyph nodes** غټې شوي وو او یا **Haemoptysis** و ، بیا پلټنې دې اجراشي او ناروغ دې د توبرکلوز په تیراپۍ تداوي شي.

10. اوږده او دوامداره تبه، بغیرد مربوط اعراضو ، چې د روټین انتي بیوتیکونو سره یې ځواب نه وي ورکړي، د **Enteric Fever**

پـه اړه دې فکـر وشـي، چـې د ګیـډې نـاارامي، ، سـخت والـی، پراخوالی، مرکزی پوخ شوې ژبه او کمزوری نبض یې تشخیصـیه تظاهرات دي.

لوړه تبه یا **Hyperpyrexia :**

د **104°F** درجې حرارت څخه زیاتوالی ته هایپرپایرکزیا وایي، پرته د لټولو د سبب څخه د نورې تداوۍ سره سره د کمولو لپاره یې لاندې کړنلارې نیول کیږي.

1. یوه نرمه ټوټه باید په یخو اوبو کې لمده شي او بیا د ناروغ په سر، لاسونو او پښو باندې کیښودل شي، تر هغه چې حرارت ښکته کم شي.

ناروغ باید که چیرې موجود وي د پکې لاندې واچول شي.

2. د ضایع شوو مایعاتو د معاوضې لپاره ناروغ ته باید وریدې مایعاتو نارمل سلاین دریپ تطبیق شي.

3. د دورانی عدم کفایي د مخ نیوي لپاره امکان لري ناروغ ته Inj Hydrocortizone 100 mg. I.V

4. سبب ولټول شي او بیا په مناسب ډول سره تداوی شي.

سردرد **(Headache) :**

سردرد یو ډېر رامنځ ته کیدونکې عرض دی، چې د ډېرو ناروغیو په base کې امنځ ته کیږي،

کله چې سردرد د یو اندازه نورو ناروغیو سره یو ځای وي لکه ، فلو ، URTI ، ټایپایډ تبه، Meningitis او وروسته د ورځې د کار

کولو څخه د مثال په ډول د زيات کارکولو او له ستړتيا له امله، چې پور تنې ټول حالات ځانګړې پلټنو ته ضرورت نه لري، د سبب تداوۍ سره سردردي خپله له منځه ځي.
خو که چيري د سردرد په مزمن ډول وي، د مثال په ډول د اونۍ يا د مياشتې راهيسې وي او يا حتا د کال راهيسې وي، بيا د لاندې افاتو په اړه فکر کيږي.

1.مايګرين.

2.د ساينسونو مزمن التهاب.

3.د سترګو د نظر کمزوري.

4.Depression, worries, Tension.

نيم سرى (Migrain) :

دا د سردرد يو ډول دی، چې د حملي په شکل منځ ته راځي، چې د حملي په مابين کې ناروغ درست وي، د حملي پريکونسي يې د يو شخص څخه بل شخص ته توپير لري .
يو طرفه حمله د سردرد د زړه بدی او د استفراقات سره يو ځای وي، چې هميشه بايد د نيم سرى په نوم ونول شي.
که چيري زياتوونکې فکتورونه، خالې معده، د زيات وخت لپاره د لمر سره مخ کيدنه يا تلويزون کتنه د ډېر وخت لپاره او همدارنګه د همداسې حملاتو تاريخچه موجوده وي، بيا هميشه نيم سرى مختلفه تداوى لري.

حاد درد د Sol. Aspirin 2-3 tab. Stat يا Paracetamol 2 tabs stat بيا نا روغ ته لاندې درمل ورکول کيږي.

1. Tab. Migril 1-2 TDS.
2. Tab. Inderal 20-40 mg. TDS
3. Tab. NSAIDs i.e. Dicloran 50 mg. I B.D

د ساينسونو د مزمن التهاب له امله د سردرد:

درد په ثابت ډول وي، او په زياتره کيسونو کې د سر په قدامی برخه کې وي، لاندې يې تفريق کوونکي ټکې دي.

1. د مزمن زکام تاريخچه موجوده وي، د مثال په ډول Nisal discharge, sneezing او Nisal blockade .
2. درد په سهار کې شروع کيږي چې د لمر ختو په وخت کې ډېر ستونزمن او د ماښام پروخت ارامیږي.
3. د تندي او په غمبوري باندې د فشار د وارېديدو په صورت کې درد منځ ته راځي .

د پورتنيو يادشوو دری حالتونو څخه د دوو موجوديت د ساينسونو په مزمن التهاب دلالت کوي.

تداوی:

1. د درد ټيبليټ.
2. انتي بيوتيک.

د سترګو د ديد د کمزوی له امله د سردرد:

دا درد هغه ورخت رامنځ ته کيږي چې کله يو څوک په دوامدار ډول ګنډل کوي، يا فلم ګوري، يا يو شی ته په دوامداره ډول

ګوري، د **Sinusitis** ناروغ د درد په پرتله دا درد په ماسپښين کې وي.

د **Tension,Worries, Depression** له امله سردرد:

د سر درد د تورو ټولو سببونو د لټولو څخه وروسته **Tension** د مزمن سردرد د ټولو څخه زيات پيښيدونکي سبب دي، چې ناروغان عموماً په ټول سر کې د **dull** سردرد څخه شکايت کوي، په عمومي ډول سره په ټول سر کې او په خاصه توګه د **Occipitals** په ناحيه کې.

تشنج او خواشينې چې د سردرد لامل ګرځي کيداى شي چې د هر څه له وجې وي چې په هغه کې اقتصادي، اجتماعي، رسمي او کورنۍ ستونزې يې د **Tension headach** د ټولو څخه خاص سببونه دي

تداوى:

1. **Tab. Diazepam 2 mg. OD or BD**
2. **Analgesic**

د سرچکر

Giddiness: Vertigo

ګيډنيس يو ناټاکلى اصطلاح ده، په طبي ډول د **Vertigo** اصطلاح د **Giddiness** يو شديد شکل دى، ګيډنيس شايد ځانته وي او يا د نورو اعراضو سره يو ځاى وي.

په دغه سیکشن کې ګیډنیس یو بنیادی شکایت دی چې تشریح شوي دی، هغه فکتورونه چې ګیډنیس زیاتوي د سایکولوجیک تشوشاتو څخه شروع تر **Intracranial haemmorhage** پورې دي.

په هر حال په عمومي پرکتس کې کله چې یو ناروغ د ګیډنیس د شکایت سره راځي ، د لازم تشخیص لپاره بایدې لاندې مراحل ترسره شي.

1. د **Streptomycin** انجکشن تاریخچه چې په نږدې تیر شوي وخت کې تطبیق شوي وي.
2. د **Tranquilizer, antihistamines** درملو استعمال.
3. ځینې وخت د **Aspirin, indocid, phenyl butazone, chloroquine** درمل امکان لری د سر د چکرحس رامنځ ته کړي.
4. د غوږونو د چرک لپاره غوږونو معاینه.
5. د سر د ترضیض تاریخچه.
6. د دندې په اړه باید پوښتنه وشي، چې ایا ناروغ داسې څه دنده لري چې په هغې هغه د ډېر وخت لپاره دریږي او یا د ډېر وخت لپاره پورته یا ګرچاپېره ګوري، چې دا ټول حرکتونه ګیډنیس رامنځ ته کوي.

د ډېر وخت لپاره دریدل، د وینې فشار ښکته کوي.

د زیات وخت لپاره پورته خوا ته کتل په **carotid bodies** باندې اثر غورځوي، چې په نتیجه کې یې د وینې فشار غورځیږي,

بار بار ګرد چاپېره کتل او یا حرکت کوونکی شیانو ته په مسلسل ډول کتل، داخلی غوږ کې خلل رامنځ ته کوي چې د **Vertigo** ، **Giddiness** په شکل موجود وي.

7. د ناروغ د وینې فشار معاینه کړئ، لوړ فشار، یا ښکته فشار د **Giddiness** اعراض زیاتوي.
8. که چیري د سرد چکر حمله (**Vertigo**) ډېره شدیده وي، شخص نه شي کولای چې قدم ووهي یا ودریږي، زړه بدی ، استفراقات هم موجود وي، نو په دغه وخت کې دي د غوږ د داخلي ناروغي، **CVA** په اړه دي فکر وشي.
9. وروسته د پورتنیو ذکرشوو حالتونو څخه دي د ځینو روحې تشوشاتو په اړه دي فکر وشي.
10. په ځوانو جونو کې باید ، هیستریکل حالات له نظره ونه غورځول شي.

درملنه:

Stemetil tab. One TDS
Stugron tab. One TDS

شدت په نظر کې نیولو سره د استفراقاتوضد درمل لکه ټیبلیټ یا پیچکارۍ هم باید توصیه شي.

د خولې زخمونه يا Glossitis

په ژبه کې زخم، سوروالى، د شونډو په داخل کې زخمونه د ناروغانو په منځ کې ډېر معمول دي.

په عام ډول د Vit.B. Complex د کمبوت تشخيص بغير د لابراتواري معاينااتو څخه د ناروغ په ليدو سره وضع کيږي چې دا درسته نه ده.

Iron deficiency anaemia ډېره عامه ده خو پيژندنه يې د "Glossitis" په شان عامه ده، په هر حال، که چيري ناروغ د خولې د زخمونو او د Glossitis سره کم خونه ښکاريده، Iron تيراپي استطباب لري.

د ژبې د التهاب لپاره نور مهم اسباب، د انتي بيوتيکونو استعمال دي.

انتي بيوتيکونه د خولې Bacterial فلورا ته تغير ورکوي او فنګسي ګروت زياتوي، چې د ژبې د التهاب په شکل موجود وي.

ثانوي انتي بيوتيکونه شايد پخپله ژبه تخريشه کړي او د ژبې سوروالى رامنځ ته کړي.

نور اسباب يې په لاندې ډول دي.

I. د زياتو مرچکو، مسالو استعمال.

II. په زياته اندازه د ګرمو مشروباتو څښل، لکه **Coffee** او چاى.

III. د سګرټو څښل.

IV. په مزمن ډول غيرهظم شوي غذا ګانې.

V. مزمن قبضيت.

VI. د غاښونو ترضيض.

:Aphthous ulcers:

د ژبې په څوکه کې او په سايډونو کې او د شونډو په داخل کې زيړبخن **base** او سورمارجن لري چې ډېر دردناکه وي او ناروغ ته ستونزه پيدا کوي چې نه شي کولاى چې څښاک او په بشپړ ډول سر ه خبرې وکړي.

اصلى سبب يې نه دي معلوم،، په هر حال ، غيرهضم شوي غذا او قبضيت ځينې وخت پيدا کيږي چې ورسره يو ځاى وي.

ځينې وخت بغير د تداوۍ څخه د **7-10** ورځو په موده کې خپله له منځه ځي.

درملنه:

- **Steroid(prednisolone) one TDS**
- **Flagyl (one TDS)**
- **Oral gel i.e Somogel** ورسته د درى څخه تر پنځو ورځو څخه ښه نيجه ورکوي.

د معدې زخم

(Peptic Ulcer)

هغه ناروغان چې د ډېر وخت راهیسې د **Epigastric** ناحیې درد ، سوخت او د درد نقطه په ګوتې سره په نښه کړي د **Peptic Ulcer** ناروغانو په نامه سره نومول کیږي.

دغه ناروغي د لاندې حالاتو په تاریخچې اخیستلو سره مشخص کیږي.

2. درد د غذا په اخیستو سره کمیږي، خاصتاً د شیدو په څښلو سره، همدارنګه درد د شیدو په څښلو سره زیاتیږي چې دا په **chloelycystitis** باندې دلالت کوي.

3. په ناروغانو کې د ډېر وخت راهیسې اعراض موجود وي.

4. امکان لري په تیر وخت کې د **Haemetemesis** او یا د تور رنګه غایطه موادو تاریخچه موجوده وي.

درملنه:

په درملنه کې یې یو د لاندې درملو څخه استعمالیږي.

I. **Tab. Cimetadine 200 mg. BD** د معدې د التهاب لپاره او **400 mg.** د معدې د زخم (**PUD**) لپاره. ؛

II. **Fotamatadine 50 mg. at night**

III. **Rinitidine 150 mg. B.D**

Infective Hepatitis

د **infective Hepatitis** ناروغان به همیشه د بې اشتهایي ، د سګرټو د خوند څخه کرکه په درلودلو سره شکایت کوي چې د کبد غټوالی او سختوالی یې تشخیص وضع کوي.

درملنه;

1. **Syp. Jetepar TDS**
2. **I.V 5% Dextrose** که چیري ناروغ په مکمل ډول سره خوراک نه کوي.
3. ناروغ ته توصیه کیږي چې جوس، شربت او نور مشروبات وڅښي.
4. ناروغ ته اجازه ورکړل شي چې هرڅه یې خوښه وي وه یې خوري.
5. په زیاته اندازه غوړ باید استعمال نه شي.

نس ناسته

Diarrhoea

نس ناسته کیدای شي په حاد شکل وي او یا په مزمن شکل وي.

حاده نس ناسته:

(Acute Diarhoea)

هغه نس ناسته چې د دوو ورځو څخه زیات دوام ومومي د حادی نس ناستي په نامه سره یادیږي، یا د هغې نس ناستې څخه عبارت ده چې د غایطه موادو دفعات یې اوبلن او د نارمل حجم څخه زیات شي او وخت یې د ۱۴ ورځو څخه کم وي ، حآده نس ناسته بلل کیږي.

اسباب:

- روحی فشارونه.
- غذایي عدم توازن.
- عضوی مواد لکه **Mushrooms, shelfish**
- درمل
- وایرس
- بکتریا
- پروتوزوا

اداره(**Management**) :

- د ناروغ وضعی ته کتل کیږي چې ایا نس ناسته **Mild,** ږ **Moderat** او که شدیده ده او دناروغ د موجوده وضعی مطابق ناروغ ته وریدی مایعات ورکول کیږي.
- د ګیډې د درد لپاه ناروغ ته **Spsmolytic** درمل ورکول کیږي.
- **Lomotil** یا **Imodium** درمل باید د اورل د لارې ورکړل شي.
- د انتي بیوتیکونو په استعمال کې اختلاف دي، **Cap. Ampicillin 250 mg QID** یا **Tab. Septran 2 BD** د انتان د

تداوی په خاطر استعمالیږي، یا **Inj. Vibramycin** امکان لري چې په وریدي ډریپ کې مخلوط شي او ناروغ ته تطبیق شي.

- په هغه صورت کې چې د **Gastro-enteritis** سبب واضح نه وي، یو **Antiamobic** درمل **Metronidazol(Tab. Flagyle 400 mg T.D.S)** هم آستعمآلیږي.
- د اورل د لارې تیراپي د اعراضو د ختمیدو لپاره د **2-3** ورځو لپاره استعمالیږي.
- په لومړۍ **48** ساعتو کې اړینه ده چې ناروغ نرم خوراک وکړي.
- په هغه صورت کې چې ته کیمیاوي تسمم واقع شوي وي، بیا د معدې وینځل ډېر اړین دی.
- که چیرې ناروغ د شاک په حالت کې وي، په مناسب ډول د شاک تداوی ورته شروع کیږي.

مزمنه نس ناسته.

Chronic Diarrhoea

هغه نس ناسته چې د څوارلسو ورځو څخه یې **Duration** زیات او د ډیهایډریشن سبب یې انتانی او یا غیر انتانیي وي.

هرکله چې یو ناروغ د مزمنې نس ناستې څخه په شکایت راشي د سبب لپاره یې د لاندو ناروغیو په اړه فکر کیږي.

1. **Amoebiasis**
2. **Chronic bacillary dysevtry**
3. **Giardiasis**
4. **Irritable bowel syndrome**
5. **T.B. abdomin**

تداوي:

- Tab. Flagyle 400 mg.TDS
- Cap. Oxytetracycline 250 mg. TDS یا Septran 2 tab BD.

پورتنۍ تداوي د یوې اونۍ لپاره استعمالیږي.

Irritable bowel syndrome:

IBS په نورو نومونو هم یادیږي لکه **Spastic colon, nervous diarrhea, mucus colitis**

په زیاتره کیسونو کې ناروغ ځوان او حساس شخص وي او وروسته د هرې غذا څخه د ګیډې د درد څخه شکایت کوي او د غایطه موادو په پاس کولو درد ارامیږي، غایطه مواد امکان لري د میوکس سره یو ځای وي او هم په غایطه موادو کې د وینې د موجودیت تاریخچه موجوده وي.

تداوي:

- Tranquillizer Tab.Diazepam 2 mg OD or BD
- Antispasmodics Tab. Hyosine comp. TDS for 3-4 days
- Flagyle 400 mg. TDS for 5-7 days

د ګېدې توبرکلوز:

(T.B Abdomin)

د کمې درجې تبې تاريخچه چې د ماښام پروخت لوړېږي، د ګيدې درد، د وزن دلاسه باختل، موجود وي، په جس سره امکان لري په **Right iliac fosa** کې يوه کتله جس شي، په زياتره کيسونو کې يې حبن موجود وي.

نوټ; د تشخيص وضع کولو لپاره يې بايد د سينې اکسرى، د وينې بشپړمعيانات او **ESR** ، **Montous** اجرا شي.

تداوي:

- **Tab. Myrine-p 4-5 tab. As single dose** مخکې د سهار د چای څخه .
- **Tab. Pyridoxine 2 tab . OD**

قبضيت

(Constipation)

که چېرې يو شخص د څو ورځو راهيسې غايطه مواد پاس نه کړي، دغه حالت د قبضيت په نامه سرياديږي.

د قبضيت پيل امکان لري چې د لنډ وخت راهيسې وي او يا د اوږد وخت راهيسې وي.

هغه قبضيت چې د نږدې وخت راهيسې شروع شوي وي اسباب يې په لاندې ډول دي.

- ډيهايډريشن.
- په غذا او په ځای کې تغير راتلل.
- او د ځينو درملو جانبي عوارض.

مزمن قبضيت امکان لري چې د يو يا د لاندې فکتورونو د يو ځای کيدو څخه منځ ته راشي.

- د سبزيجاتو او ميوه جاتو کم استعمال.
- د مايعاتو کم استعمال.
- ځنډنۍ ډيزينټري.
- مصروفه ژوند ، چې يو شخص د خپلو غايطه موادو پاس کولو لپاره هيڅ وخت ونلري او يا کم وخت ولري، چې په دغه وخت کې د غايطه موادو د عمليې يا **Defaecation** د عصبي عکساتو تنبع منع کيږي.
- هغه شخص چې د ګيډې د عضلاتو د ټون کمښت ولري.

- د هغه درملو استعمال چې د کولمو حرکات کموي.
- میګزو ډوما.

تداوي;

- **Liquid paraffine : 1-2** قاشوقي د شیدو په پیاله کې د شپې پر مهال.
- **Skilax drops : 10-15** څاڅکي په شپه کې.

کانګې

Vomiting

د خولې او د پوزې د لارې د معدې د محتویاتو ویستلو ته وایي.

تداوي:

1. Inj. Stemtil or Largectil I.M
2. I.V. Saline
3. سببي عامل باید تداوي شي.

لومړۍ باید کوشش وشي چې د کانګو سبب په یقیني ډول سره معلوم شي، چې د کانګو سره یې نور ملګري اعراض رامنځه ته کړي دي.

لاندې یې Associated اعراض او احتمالي تشخیص دي.

- اسهالات.
- اپنډیکس التهاب.

- په Rt iliac fosa کې درد.
- شديد سردرد او د غاړې شخوالی.
- Meningitis.
- حمل.
- امينووريا.
- غذائي تسمم.
- زاړه اشخاص چې د سينې د درد تاريخچه ولري.
- د شکر ناروغي. کيتواسيدوزس.

ايټکۍ

(Hiccough)

مقاوم ايټکې په عمومي پرکټس کې يوه طبې ايمرجنسي ده چې ځينې خاص اسباب يې په لاندې ډول دي.

- هره ناروغي چې ډيا پراګم تخريش کوي.
- يوريميا.
- Hystercal
- Idiopathic

تداوي:

- **Inj. Stemetil or Inj Largectal 6 hourly**
- په يو **Closed paper bag** کې تنفس کول.
- په **Lignocain** سلوشن سره د غوږونو سوروالی. ؛
- وروسته د هر **3-5** دقيقو څخه د شيدو څښل.

که چيري سبب يې يوريميا وه او يا هغه ناروغي وه چې ډيا پراګم تخريش کوي نو په دغه وخت کې بايد ناروغ روغتون ته واستول.

Biliary Colic Pain يا Renal

دغه دردونه د موجو په شکل رامنځ ته کيږي، چې د يو څو دقيقو لپاره پاتې کيږي.

Sever Renal Pain په لاندې سکيجول سره تداوي کيږي.

- Inj.Dicloran. Intra Gluteal
- Antispasmotic Inj. د مثال لکه Buscopan I.V
- I.V drip 1000 cc. 5% glucose with 1-2 ampules of Inj antispasmotic medicine give prolonged effect

تشخيص:

Biliary Colic:

1. Biliary stone تاريخچه.
2. زيړی.
3. په **Rt** هايپوکاندريم کې درد.
4. د کانګو موجوديت به يې خاصه نښه وي.

Renal Colic:

1. د Renal Stome تاريخچه.
2. هيماچوريا.
3. انيوريا.

4. په لمبر ساحه کې درد

5. ناروغ په بستر کې د درد له امله له خوا څخه بلې خوا ته حرکت کوي.

مزمن ټوخی

Chronic Cough

مزمن ټوخي په دوه ډوله دي.

1. Allergic .
2. Infective .

Allergic :

د دغه دول ټوخي لرونکي ناروغان به د لاندې تظاهراتو درلودونکي وي.

- **Wheezing** به موجود وي.
- بلغم به کلک وي بهر ته راوتل به یې ډېر ستونزمن وي.
- بلغم به سپین رنګه وي.
- همدا رنګه نور تظاهرات یې لکه پرنجي او اوبلنې سترګې.

Infective :

- ناروغ به د سګرټو مزمن څښونکي وي.
- بلغم به زیړ، شنه او په اسانې خارجیږي.
- ستونې به سور خو کونجیستېید به نه وي.

تداوي:

د الرجیک ټوخي لپاره، ناروغ ته د الرجیک ټوخي ضد شربت ورکول کیږي، لکه Syp. Actifed 2 TSF TDS

د infective ټوخي لپاره، ناروغ ته انتي بيوتيک او Cough supressant ورکول کيږي لکه Devenol Cough Syrup

بولي قنات انتان

Urinary Tract Infection (UTI)

زياتره ناروغان OPD ته د UTI له امله مراجعه کوي، چې دغه ناروغان د تشو متيازو د سوځيدو څخه شکايت کوي چې کيداى شي په ادرار کې Pus يا وينه هم موجوده وي. خو په زياتره کيسونو کې يې ناروغان د ادرارو د سوځيدو څخه ډېر شکايت کوي، چې کله د ناروغ څخه ډاکټر تاريخچه اخلي ، ناروغ ورته وايي، تشې متيازې مې سوځي يا په کې وينه يا pus موجود دي.

په دا ډول شکايت بايد لاندې ټکي نوټ شي.

- ايا ناروغ تبه لري او که نه ؟
- په Urethra کې د شګې او يا د تيګې د تيريدو تاريخچې موجوديت Renal Calculi په ګوته کوي.
- په هغه صورت کې چې persistent lumber pain وي او يا د پښتورګې په ساحه کې درد موجود وي، نو دا دا معنا ورکوي چې د ناروغ د پښتورګې انتان لري.

- Haematuria زياتره وخت د Renal Stone له امله وي.
- د Pus موجوديت UTI لـه املـه او يـا د وينـرل نـاروغي لـه امله وي لکه Gonorrhaea .
- د شکر په ناروغانو کې UTI موجود وي، نو بايد چې د ناروغ څخه د شکر د ناروغۍ په اړه تاريخچه واخيستل شي.

تداوي:

1. که چيري د Burning micturition سبب د لوړې تبې لـه املـه و (له امله د هر سبب څخه) نو ناروغ تـه توصيه کيـږي چې زيـات مايعات واخلي.
2. که UTI باندې شک راغي، نو ناروغ تـه انتـي بيوتيـک ورکـول کيـږي، Urixin د 3-5 ورځو لپـاره يـا نـور مناسب انتـي بيوتيـک سره د Citralka syrup سره 2 قاشوغي په يو ګيلاس اوبو کې اچول کيږي او ناروغ ته د ورځې درې ځلې ورکول کيږي.
3. کـه Renal colic موجـود وي پـه Antispasmotic درملو سـره يې تداوي کوو.

کمزورتیا
(Weakness)

کمزور تیا د ناروغانو په منځ کې یو ډېر عام شکایت دي، په څرګند ډول دا په ګوته کوي چې د کمزوتیا څخه مانا فزیکي کمزوي ده، خو په حقیقت کې دغه کلمه په مختلف ګروپ ناورغانو کې مختلفي ماناګاني لري.

1. یو ځوان شخص د دغه شکایت سره اکثراً دا مانا ورکوي چې هغه په زیاته اندازه خپله منې ضایع کوي، یا د شپې په وخت کې او یا د Masturbation (د لاس په واسطه د منې ویستل) په واسطه.
2. او کله چې د متوسط عمر شخصس د دغه کمزوتیا څخه شکایت کوي، مانا ترې Sexual کمزورتیا ده.
3. که چېرته یوه ښځه د کمزورتیا څخه شکایت کوي، نو به یا Leucorrhoea یاد میاشتنې عادت زیاتوالی او یا به کم خونه وي.
4. زاړه اشخاص نارینه او ښځینه دواړه چې د کمزورتیا څخه شکایت کوي
5. هغه ناروغ چې په سایکولوجیکی ډول سره پریښانه وي، زیاتره وخت د کمزورتیا څخه شکایت کوي، نو په دوئ کې په حقیقي ډول سره فزیکی کمزورتیا موجوده وي.

تداوي:

I. Inj. B. Complex in I.V drip along with inj Calcium.

II. Multivitamin

III. د کم خونۍ په صورت کې Inj.Jectofer plus I.M. OD د لس ورځو لپاره.

پښو دردونه

Legs Pain

یو ناروغ چې د پښو له درد څخه شکایت کوي، باید په درست ډول معاینه شي چې تر څو لاندې حالتونه وضحه کړي.

1. وریدې Insufficiency : چې زیار ته په چاغو خلکو کې لیدل کیږي.
2. په الکول څښونکو اشخاصو کې ، د Vit. B فقدان د Leg cramps یو سبب دی.
3. Diabetes mellitus : د شکر په ناروغانو کې نیوروپتي پیدا کیږي، چې د دغه حالت یو اختلاط د پښو درد دي.
4. همدارنګه د تنګو او کږو بوټانو استعمال.
5. عمومي ناتواني او کمزورتیا.
6. د سګرټو استعمال.

7. ایډیو پاتیک..

تدواي:

I. که چیري precipitatng اسباب معلوم وو باید تداوي شي.
II. Tranquillizer لکه Diazepam 2mg TDS د 3-4 ورځو لپاره.
III. Quinine sulphate 60 mg د ویده کیدو په وخت کې. که Aspirin ورسره یوځای شي ښه نتیجه به ورکړي.

خارښ

Itching

امکان لري په عمومي ډول وي او یا په موضعي ډول وي، په موضعي ډول د Eczema,Localised allergic rash یا Local fungal infection له امله وي.

د Groins په ساحه کې، په ګوتو کې، او د اګزیلا په ساحه کې Itching موجودیت د Ring worm infection له امله وي.

د Generalised itching اسباب په لاندې ډول دي.

I. Scabies
II. شکرناروغي
III. درملو عکس العمل
IV. بندشي زیړی
V. د خفظ الصحي نه مراعات کول.

تداوي:

1. د **Ring worm infection** لپاره: Tineafex ointment د ورځې 2-3 ځلې باید استعمال شي، د 12-7 ورځو لپاره.
2. د **Scabies** لپاره: Tincture Benzyl Benzoate 15% د غاړې څخه لاندې په ټول بدن باندې استعمالیږي او په نږدې ورځ کې باید جامې بدلې شي.

Generalised Arthritis

په حاد یا په مزمن ډول سره دردناک مفاصل د ډېرو ناروغانو یوه عامه ستونزه ده، او زیات ناروغان چې OPD ته مراجعه کوي د مفاصلو د دردونو څخه شکایت کوي.

د Arthritis مهم ډولونه په لاندې ډول دي.

1. Osteo arthritis
2. Rhematoid arthritis
3. Rheumatic fever

نوټ: د **Traumatic arthritis** باید همیشه په تیر وخت کې او یا په نږدې وخت کې د غورځیدو او د ترضیض تاریخچې په پوښتنې سره باید تشخیص شي.

Osteo Arthritis:

وروسته د **50** کالو د عمر څخه د وزن د ضایع کیدو د عملیې له امله په مفاصلو کې **Degenerative** تغیرات رامنځ ته کیږي، چې په مفاصلو کې درد موجود وي خو د التهاب علایم پکې موجود نه وي.

تداوي:

د حادې مرحلې په جریان کې

1.استراحت.

2.انلجیزیـــــک د مثـــــال پــــــه ډول Indocid,Dicloran, Phenylbutazon, Brufen, او داسې نور.

3. Quinin sulphate 60 mg one at bed time

4.موضعي کریمونو استعمال لکه Brufen Cream

5.په سختو کیسونو کې د اورل د لارې Steroid هم استعمالیږي.

Rheumatoid Arthritis :

دغه ناروغان عموماً ښځې وي چې د ګوتـو او د لاس بندونـه پکـې پـه افـت اختـه وي. د ګوتـو پړسـوب او پـه **Wrist** مفصـل کـې د لاسونو انحراف موجود وي.

تداوي:

1. د حاد درد پـه جریـان کـې هـر څلـور ساعتـه وروستـه دوه دانـې **Aspirin** ټیبلیټ د غذا سره یو ځای استعمال شي. او کلـه چې د درد حــاده مرحلــه پــای تــه ورســیږي پیــا نــاروغ تــه اســپرین **Maintenace** ډوز یو ټیبلیټ څلور وخته د ورځې توصیه کیږي.

2. همدارنګـه د ورځـې دوه ځلـې پـه ګرمـو اوبـو کـې پریوتـل هـم ډېره ښه نتیجه ورکوي.

پریسکریپشن

Prescriptions

د تنفسي سيستم انتانات

Respiratory System Infection

د پورتنې سيستم ناروغۍ په لاندې ډول دي .

- . Pharyngitis
- د ټانسلو التهاب (Tonsillitis) .
- د ساينسونو التهاب(Sinusitis) .
- سينه بغل(Pneumonia) .
- برانکونمونيا (Bronchopneumonia) .
- د قصباتو التهاب(Bronchitis) .

درمل:

Cap. Amoxil 250-500 mg. TDS

يا

Tab. Septran 2 BD

يا

Tab. Erythrocin 250-500 mg. TDS

که چيري ټوخی او پرنجې موجود وي نو بيا ورسره Syp Actifed

. TDS

Saline gargles BD

تداوی د 5-3 ورځو لپاره توصيه کيږي.

که چیري انتان شدید و ، بیا یو دلاندې انتي بیوتیکونو څخه استعمالیږي.

Tab. Augmentin 375 mg. TDS
Cap. Velosef 500 mg. TDS

د سینه بغل(pneumonia) او د برانکونمونیا په صورت کې یو دلاندې درملو څخه ورسره اضافه کوو ترڅو ښه نتیجه ورکړي.

Inj. Gentamycin 80 mg.BD IM/IV
Inj. Kanamycin 500 mg. BD IM/IV

توبرکلوز

(Tuberculosis)

درمل:

1. **Cap. Rifampicin 450 mg. OD**
2. **Tab. I.N.H. 100 mg 3 Tab. OD**
3. **Tab. PZA 500 3 Tab. OD**
4. **Tab. Myambutol 400 mg. 3 Tab. OD**
5. **Tab. Vita (Pyridoxin) 50 mg. 1 OD**

ټول درمل د سهار د ناشتي سره یو ځای استعمالیږي، تداوی د شپږو میاشتو څخه تر یو کاله پورې بغیر د کومي وقفې څخه دوام پیداکوي.

Combination therapy یې ډېر ښه نتیجه لري.

Myrin P 4- OD

دغه درمل ټول ذکرشوي پورته درمل لري.

که چیرې ناروغ استفراقات درلودل بیا **Myrin-4 OD** .

نوټ: **Vita 6 (pyridoxine) 50 mg. OD** استعمال ډیر اړین دی.

همدارنګه یو د لاندې ملټي ویټامین ترکیب څخه د مخافظوي تداوۍ لپاره ورکول کیږي.

1. **Theragran-M 1 OD**
2. **Optilet-M 1 OD**

د بولی قنات انتانات

Urinary Tract Infection
(U.T.I)

درمل:

Tab. Septran DS 1 BD

یا

Tab. Norazxin 400 mg 1 BD

پورتنۍ تداوي د پنځو ورځو لپاره جریان مومي، د **Citralka** په علاوه کولو د تداوۍ نتیجه نوره هم ښه کیږي.

نوټ: ناروغ ته توصیه کیږي چې په زیاته کچه مایعات واخلي.

Enteric Fever
(PUO, more than one week)

درمل:

1. Cap, Amoxil 500 mg. 2 Cap.QID X 2 Weeks

يا

2. Tab. Septran DS 1 BD X 2 Weeks

يا

3. Tab. Ofloxin 200 mg. 2 BD x 2 days بيا يو ټيبليټ BD X 8 days.
4. Tab. Ciprofloxin 250-500 mg. B.D

تداوي د لسو څخه تر څوارلسو ورځو پورې دوام پيدا کوي.

5. Panadol Tab. 1-3 TDS

پيچس
(Dysentery)
Amoebic/Girdiasis

درمل:

1. Tab. Flagyl 400 mg. 1-2 tab TDS د 3-5 ورځو لپاره.

يا

2. Tab. Entamizol DS 1 Tab. TDS
3. Tab. Spasmocibolgin 1 Tab. TDS په هغه صورت کې چې د ګيډې درد موجود وي.

4. Syp. Kaopect 2 TSF TDS په هغه صورت کې که چیرې اسهالات موجود وي.

Bacilary Dysentery

درمل:

1. Tab. Septran DS 1 BD

یا.

2. Cap. Ampicillin 250-500 mg. 1 QID په هغه صورت کې چې شدید انتان موجود وي.

3. Ciprofloxin 250-500 mg. 1 BD

یا.

4. Norfloxacin 400 mg. 1 BD

د تبې او انتي سپزموټیک درمل هم په مناسب ډول کارول کیږي.

ناروغ په منظم ډول په ORS (یو پاکټ په یو لیټر اوبو کې) سره ریهایډریټ کیږي، په شدید حالاتو کې وریدی ناروغ ته وریدی مایعات ورکول کیږي لکه 5% Dextrose یا Saline

یا.

. Ringer's Lactate

په هغه صورت کې چې سبب یې واضح نه وي بیا لاندې درمل کاورل کیږي

1. Tab. Flagyl 400 mg. 1 TDS
2. Tab. Septran DS 1 BD

دغه تداوی د **3-5** ورځو لپاره ورکول کيږي،. که چيرې ناروغ اوبلن اسهال درلود ، بيا د پورتنيو درملو درملو سره لاندې درمل کارول کيږي.

Tab. Lomotil 2 سم دلاسه، بيا **1** ټيبليټ **TDS** ترهغه چې اسهال ودريږي.

يا.

Cap. Imodium د **Lomotis** د ډوز په شکل.

Gonorrhoea
(Pus Discharge per Urethra)

درمل:

1. **Cap. Amoxil 500 mg. 6 cap as single dose**

يا.

2. **Tab. Ciprofloxin 500 mg. one tab. Stat as single dose**

Malaria

درمل:

1. Tab. Chloroquin 4 سم د لاسه.

2 ټابليټ وروسته د شپږ ساعتو څخه

بيا **1** ټابليټ د ورځې دوه ځلې د دوه ورځو لپاره.

يا.

2. **Tab. Fansidar 3 tab. Stat as single dose**

د حرارت د کمولو لپاره **Tab panadol 1-2 TDS** هم ورکول کيږي.

د کولمو چينجي

(Intestinal Worms)

د چينجو د ټولو قسمونو لپاره.

Tab. Vermox 500 mg single tab په شپه کې، د ټولو ناروغانو لپاره چې عمرونه يې د دوه کالو څخه زيات وي.

يا.

Tab Vermox 100 mg. 1 BD x 3 days

يا.

Tab. Zentel 200 mg. 2 tab. Stat

د وينې لوړ فشار

(Hypertension)

تداوي يې د ناروغۍ د شدت او زياتوالى پورې اړه لري،
درمل د کم ډوز څخه شروع کيږي او تر نيم ټيبليټ روزمره پورې
لوړيږي.

د وينې په لوړ فشار کې لاندې درمل کارول کيږي.

I. Beta blockers.

II. Calcium antagonist.

III. Angiotensin Converting Enzyme (ACE) inhibitors.

IV. Diuretics.

Beta Blockers:

Tab Inderal 10-40 mg/day

يا.

Tab. Atenolol 50-100 mg. OD

Calcium Antagonist

I. Calan Tab. 40-120 mg/day

يا.

II. Adalat Cap. 10 mg. 1 Cap. TDS

يا.

III. Herbesser Tab. 30 mg. 1-2 tab. TDS

: ACE Inhibitors

Capoten 25 mg half-1 Tab. BD

يا

Renetec 5 mg half-1 tab. BD

: Diurectic

I. Tab. Lasix 20-40 mg OD-BD

.يا

II. **T**ab. Loserid 1 tab. BD

.يا

Tab. Moduretic half-1 tab OD-BD

نوټ: د زياتې مودې لپاره د Diutectid کارول بايد چې پوتاشيم Replacement سره يو ځای وي.

Tab. Pot. Chloride 1 TDS

د زړه اسکيميک ناروغي

(Ischaemic Heart Disease (I.H.D)

درمل:

Isordil 5 mg

يو ټابليټ د ژبې لاندې په هغه صورت کې چې سينه کې درد وي.

Tab. Isordil 10 mg. 1-2 TDS

Tab Disprine 300 mg. Half OD

يا.

Tab. Ascard (or loprin) 75 mg. 1 OD

که چيري ناروغ ښه والی څرګند نه کړ بيا ورسره لاندې درمل يو ځای کو.

Tab. Inderal 10 mg 1 TDS

يا.

Tab. Herberse 30 mg 1 TDS

که چيري ناروغ Hypertensive يا ډيابيټيک و، نو بيا دغه ناروغۍ په مناسب ډول سره تداوي کيږي.

سابندي

(Asthma)

درمل:

Tab. Bricanyle 1 TDS

يا.

Tab. Ventoline 2-4 mg . TDS

Syp. Benedryle 1-2 TSF

Antibiotics:: که چيري انتان مداخله کړي وه، په شديدو حالاتو کې

1- Tab. Prednisolone

Gastro-Enteritis

درمل:

د کانګو لپاره.

Tab. Marzin 1 TDS(Or Inj. Marzine)

Tab. Motillum 1 TDS

يا.

Tab. Stemetil 1 TDS

د اسهالاتو لپاره مناسب انتي بيوتيکونه.

وريدی معايات.

. ORS

قبضيت

(Constipation)

درمل;

Tab. Bisacodyl (Dulcolux) 3-4 . stat

Liquid paraffin دوه قاشوغي په يو ګيلاش شيدو کې ، د شپې لخوا د دريو څخه تر څلور شپو پورې.

Skilax Drops 15 drops at night followed by 10 drops/night for 3-5 night

Peptic ulcer, Gasteritis

درمل:

:H2 Antagonist:

Tegamet 400 mg. I BD

يا.

Zantac 150 mg 1 BD

يا

Pepidin 40 mg .1 OD (at night)

Antacids

Dijex M.P 2 TSF TDS

يا

Mylanta 11 2 TSF TDS

تداوي د يو نه تر دوه اونيو پورې بايد صورت ونيسي.

که چیري د Gastritis په اړه شک و نوبیا پورتني ډوز نیمایي ته کمیږي او هم باید د الکولو ، سګرټ، NSAID ، Aspirin، Steroids ، زیات چای او د کافی څخه باید لاس نیوي وشي.

زیړی

Jaundice

Jetepar syp. 2 TSF TDS

Litrison tab.I TDS

Lot of sweet syrups and sharbat

I.V. 5% Dextrose with Inj .B. Complex in case Patient has vomiting and anorexia

Epilepsy

Tab. Phenobarbition 30 mg.TDS

یا

Tab. Tegretol 200 mg. start with half BD and increase to 4 tab.BD

یا

Cap.dilantin (phenytain) 100 mg .start with I Cap. BD then increase to 2 Cap.BD

As single therapy

Tab. Epilim 200mg .I BD then increase to 4 TDS

Treatment should be continued for 2 years after the LAST attack.

Bell's plsy

(FACIAL NERVE PALSY)

Tab. Prednisolon 5 mg

2+2+	Ist day
2+1+2	2 nd day
1+1+1+1	3rd day
1+1+1	4th day
1+1	5th day
1+ half	6th day
Haf+half	7th day
Half	8th day

Tab. Bacefol 1 OD

Along with this patient should be referred to physiotherapy department.

Peripheral Neuritis

Tab. Tegretol 200mg 1 TDS

Methycobol teb. 1 TDS

Tab.Bevidox 1TDS

Treatment is continued for 4-6 weeks.

If patient is diabetic, he Is treated accordingly.

NERVOUS PATIENT

Tab. Trypanol 25mg.1 BD
يا
Tab.frisium BD
) Tab.laxillimu 3 mg. BD

Diabetes Mellitus

درمل:
که چيري ناروغ عمر د څلويښت کالو څخه زيات و او په ډيابيټ بآندې اخته و، بيا ناروغ ته د اورل د لارې هايپو ګلايسميک درمل ورکول کيږي. او که نه په انسولين تيراپۍ باندې اچول کيږي.
Anti-diabetic therapy د وينې د ليول پورې اړه لري، چې د کم ډوز څخه شروع کيږي او په تدريجې ډول سره يې ډوز لوړيږي تر هغه پورې چې د وينې د شوګر اندازه نارمل حد ته راشي.

Starting dose
Tab. Daonil, half- 1 tab. OD
يا.
Tab. Gluconorm, half- 1 tab. BD
که چيري ناروغ چاغ و
Tab. Glucophage 1-2 TDS ورسره اضافه کيږي.

Hyperthyroidism

درمل:

Tab. Inderal 10-20 mg. TDS.1

Tab. Neomercrazol 5 mg. 2 TDS.2

ډوز يې **2-3 TDS** ته لوړيږي او د **6-12** اونيو لپاره استعماليږي، **T3**آو **T4** ليول تکراريږي، که چيري اندازه يې نارمل ته راغلي وه بيا **1-2** کالو لپاره **Maintenance dose 1 TDS** ورکول کيږي.

نوټ: د **Inderal** لپاره مضاد استطباب بايد په ذهن وساتۍ، د مثال په ډول لکه **Bronchial asthama** او **CCF** .

Hypothyroidism

درمل:

Tab. Thyroxin 50 microgram half-1 OD

دا په تدريجې ډول سره زياتيږي په نيم ټيبليټ سره، وروسته د **2** اونيو څخه ډوز يې **4 tab/day** ته رسيږي.

د تيراپۍ د اغېز لپاره د تايرايډ هورمونونو ليول اندازه کيږي.

Arthritis

(Backache,neek pain,shoulder pain and sciatica)

Cap Indocid 25 mg. 1 TDS

يا

Tab Brufen 400 mg. 1 TDS

یا

Tab. Dicloran 50 mg. 1 BD

که چیري درد کنترول نه شو، بیا ورسره **Steroids** یو ځای کوو لکه **Tab. Prednisolone 5 mg.1-2 tab. BD**، بیا دا نیم ټبلیت ته د ورځې راکمیږي، یا نې نیم ټبلیت د ورځې یو ځل د **3-5** ورځو لپاره.

د ښه نتیجې لپاره د **NSAIDs** سره کولای شو چې لاندې درمل ورسره یو ځای کړو.

- **Tab. Panadol**
- **Tab. Ponstan**
- **Tab. Norfles**

نوټ: **NSAIDs** باید په خالي معده استعمال نه شي.
همیشه ورسره باید ځینې **Antiacid** یو ځای کړو.
همدارنګه باید دوه **NSAIDs** سره یو ځای استعمال نه شي.

نقرص

(Gout)

Tab. Zyloric 300 mg.1 OD
Cap. Indocid 25 mg.1TDS

یا

Tab. Dicloran 50 mg. 1 BD

تداوي د یو څخه تر دوه اونیو پورې جریان لري.

شری

Measles

Tab.Panadol 1 TDS

Cap. Amoxil 250 mg. 1 QID

یا

Tab. Septran DS 1BD

انتي بيوتيک د پنځو څخه تر اوو ورځو پورې ورکول کيږي.

بُغتې

Mumps

يواځې ناروغ ته انلجيزيک او د تبې ضد درمل توصيه کيږي.

Tab.Brufen 400 mg.1 TDS

که چيرې د تنفسي سيستم د انتان شواهد موجود وو، ناروغ ته مناسب انتی بيوتيک ورکول کيږي.

د لیکوال پېژندګلوي:



ډاکټر سید ملیار سادات د اروابناد استاد سید غلام علي سادات زوی دی، چې په ۱۳۶۳ کال د کونړ ولایت په نورګل ولسوالۍ د بر نورګل کلي د ساداتو په کورنۍ کې زیږېدلی دی.
لومړنۍ زده کړې یې د ننګرهار په عالی لیسه ترسره کړې او بیا وروسته په ۱۳۸۲ کال د نورګل مزار لیسې څخه په اعلی درجه فارغ شوی دی او په ۱۳۹۱ کال د پکتیاپوهنتون د معالوجوی طب څخه فارغ شوی، نوموړې یو هڅاند ځوان دی او په خپل مسلک پورې د اړونده کتابونو ترڅنګ د پښتو ادب مطالعې سره ځانګړې مینه لري، چې اوس یې پښتو ادب سره د ډېرې مینې له امله په خپل مسلک کې د ځینو کتابونو د لیکلو تکل کړی دی.
د سادات صاحب د همدې تکل او مزل ځینې نورې بېلګې هم شته، چې یو څه یې په کتابې بڼه چاپ شوی او د نورو یې تر دې وروسته د چاپ په هڅه کې دی چې چاپ او ناچاپ آثار یې په لاندې دول دي.

1. د پېغلو دژوند پټ انځور(چاپ)
2. د نشه یي توکو زیانونه(چاپ)
3. بیړنۍ طبي درملنې (ژباړه چاپ)
4. سګرټو ځان وژغورئ (چاپ)
5. پر روغتیا د شرابو اغېزې (چاپ)
6. زموږ چاپېریال (چاپ)

7. د داخله ناروغیو اساسات، لیکوال ډاکتر ابراهیم شینواری(دوهم واری کتنه او زیاتونه) چاپ)
8. پر روغتیا د شرابو (الکولو) اغېزې (همدا اثر دوهم واری چاپ)
9. په افغانستان کې د نشه یانو د ژوند ریښتنې انځور(ناچاپ)
10. د والدینو حقوق(ناچاپ)
11. ورځنې مېډیاوې او افغانې کلتور(ناچاپ)
12. د ارواښاد استاد سید غلام علی سادات ژوند ته لنډه کتنه(ناچاپ)
13. کاریدیولوژی(ناچاپ)
14. زموږ چاپېریال (دوهم ځل ناچاپ)

سادات صاحب وروسته د طب د فارغیدو څخه د هېواد په لرې پرتو سیمو کې په مختلفو روغتونونو او کلینیکونو کې د ډاکتر په صفت دندې ترسره کړی چې دا مهال هم په خپلو دندو بوخت دی.

ایمیلMalyar_sohail2005@yahoo.com

د اړیکې شمیره ۰۷۸۲۳۲۳۰۹۷

په درنښت

Publishing Medical Textbooks

Honorable lecturers and dear students!

The lack of quality textbooks in the universities of Afghanistan is a serious issue, which is repeatedly challenging students and teachers alike. To tackle this issue we have initiated the process of providing textbooks to the students of medicine. In the past three years we have successfully published and delivered copies of 136 different books to the medical colleges across the country.

The Afghan National Higher Education Strategy (2010-1014) states:

"Funds will be made available to encourage the writing and publication of textbooks in Dari and Pashtu. Especially in priority areas, to improve the quality of teaching and learning and give students access to state – of – the – art information. In the meantime, translation of English language textbooks and journals into Dari and Pashtu is a major challenge for curriculum reform. Without this facility it would not be possible for university students and faculty to access modern developments as knowledge in all disciplines accumulates at a rapid and exponential pace, in particular this is a huge obstacle for establishing a research culture. The Ministry of Higher Education together with the universities will examine strategies to overcome this deficit. One approach is to mobilize Afghan scholars who are now working abroad to be engaged in this activity."

Students and lecturers of the medical colleges in Afghanistan are facing multiple challenges. The out-dated method of lecture and no accessibility to updates and new teaching materials are the main problems. The students use low quality and cheap study materials (copied notes & papers), hence the Afghan students are deprived of modern knowledge and developments in their respective subjects. It is vital to compose and print the books that have been written by lecturers. Taking the situation of the country into consideration, we desperately need capable and professional medical experts who can contribute to improving the standard of medical education and Public Health throughout Afghanistan. Therefore enough attention should be given to the medical colleges.

For this reason, we have published 136 different medical textbooks from Nangarhar, Khost, Kandahar, Herat, Balkh and Kapisa medical colleges and Kabul Medical University. Currently we are working to publish 20 more medical textbooks for Nangarhar Medical Faculty. It should be mentioned that all these books have been distributed among the medical colleges of the country free of cost.

All published medical textbooks can be downloaded from www.ecampus-afghanistan.org

The book you are holding in your hands is a sample of a printed textbook. We would like to continue this project and to end the method of manual notes and papers. Based on the request of Higher Education Institutions, there is the need to publish about 100 different textbooks each year.

As requested by the Ministry of Higher Education, the Afghan universities, lecturers & students want to extend this project to the non-medical subjects e.g. Science, Engineering, Agriculture, Economics, Literature and Social Science. It should be remembered that we publish textbooks for different colleges of the country who are in need.

I would like to ask all the lecturers to write new textbooks, translate or revise their lecture notes or written books and share them with us to be published. We will ensure quality composition, printing and distribution to the medical colleges free of cost.
I would like the students to encourage and assist their lecturers in this regard. We welcome any recommendations and suggestions for improvement.

It is worth mentioning that the authors and publishers tried to prepare the books according to the international standards but if there is any problem in the book, we kindly request the readers to send their comments to us or the authors in order to be corrected for future revised editions.

We are very thankful to German Aid for Afghan Children and its director Dr. Eroes, who has provided fund for this book. We would also like to mention that he has provided funds for 40 other medical textbooks in the past three years which are being used by the students of Nangarhar and other medical colleges of the country.

I am especially grateful to GIZ (German Society for International Cooperation) and CIM (Centre for International Migration & Development) for providing working opportunities for me during the past four years in Afghanistan.

In Afghanistan, I would like to cordially thank His Excellency the Minister of Higher Education, Prof. Dr. Obaidullah Obaid, Academic Deputy Minister Prof. Mohammad Osman Babury and Deputy Minister for Administrative & Financial Affairs Prof. Dr. Gul Hassan Walizai, Chancellor of Nangarhar University Dr. Mohammad Saber, Dean of Medical Faculty of Nangarhar University Dr. Khalid Yar as well as Academic Deputy of Nangarhar Medical Faculty Dr.Hamayoon Chardiwal, for their continued cooperation and support for this project.

I am also thankful to all those lecturers that encouraged us and gave us all these books to be published and distributed all over Afghanistan. Finally I would like to express my appreciation for the efforts of my colleagues Ahmad Fahim Habibi, Subhanullah and Hekmatullah Aziz in the office for publishing books.

Dr Yahya Wardak
CIM-Expert at the Ministry of Higher Education, February, 2014
Karte 4, Kabul, Afghanistan
Office: 0756014640
Email: textbooks@afghanic.org
wardak@afghanic.org

Message from the Ministry of Higher Education

In history books have played a very important role in gaining knowledge and science and they are the fundamental unit of educational curriculum which can also play an effective role in improving the quality of Higher Education. Therefore, keeping in mind the needs of the society and based on educational standards, new learning materials and textbooks should be published for the students.

I appreciate the efforts of the lecturers of Higher Education Institutions and I am very thankful to those who have worked for many years and have written or translated textbooks.

I also warmly welcome more lecturers to prepare textbooks in their respective fields so that they should be published and distributed among the students to take full advantage of them.

The Ministry of Higher Education has the responsibility to make available new and updated learning materials in order to better educate our students. Finally I am very grateful to German Committee for Afghan Children and all those institutions and individuals who have provided opportunities for publishing medical textbooks.

I am confident that this project should be continued and textbooks can be published in other subjects too.

Sincerely,

Prof. Dr. Obaidullah Obaid

Minister of Higher Education

Kabul, 2014

Book Name	Medical Emergency Treatment
Translated by	Dr sayed Malyar Sadat
Publisher	Nangarhar Medical Faculty
Website	www.nu.edu.af
No of Copies	1000
Published	2014, second edition
Download	www.ecampus-afghanistan.org
Printed by	Afghanistan Times Printing Press

This Publication was financed by German Aid for Afghan Children, a private initiative of the Eroes family in Germany.

Administrative and Technical support by Afghanic.

The contents and textual structure of this book have been developed by concerning author and relevant faculty and being responsible for it. Funding and supporting agencies are not holding any responsibilities.

If you want to publish your textbooks please contact us:

Dr. Yahya Wardak, Ministry of Higher Education, Kabul

Office 0756014640

Email textbooks@afghanic.org

Printed in Afghanistan 2014

ISBN 978 – 0 – 9873172 – 0 – 9